

■ PERSONNE PHYSIQUE

■ Vous optez pour le régime micro-entrepreneur

■ PERSONNE MORALE

Complément au M0 de constitution de la société

Déclaration n°.....
Reçue le.....
Transmise le.....

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 17, le cas échéant N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 11, 14, 16.
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12 bis, 15, 17, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.
PERSONNE MORALE les cadres N° 7, 8, 9, 10, 15, 17, le cas échéant N° 11, 14.

DECLARATION RELATIVE A L AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

1	Avez-vous déjà exercé une activité non salariée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _ _	
2	NOM DE NAISSANCE	
	Nom d'usage.....	
	Prénoms	
	Nationalité Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Né(e) le _ _ _ _ _ _ _	
	Dépt. _ _ Commune / Pays si à l'étranger.....	
	Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit.....	
	Code postal _ _ _ _ Commune / Pays si à l'étranger.....	
3	AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPREENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES) <input type="checkbox"/> Vous déposez une demande d'ACCRES avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique	
4	CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé COLLABORATEUR (préciser pour celui-ci) <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé SALARIE Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ Commune / Pays.....	
5	DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S) <input type="checkbox"/> RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de	
	<input type="checkbox"/> DÉCLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de.....	
5B	ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) <input type="checkbox"/> Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC	
6	<input type="checkbox"/> CONTRAT D'APPUI Date de fin de contrat _ _ _ _ _ _ _ N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur intercalaire P0' cadre 5.	

DECLARATION RELATIVE A L AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7	DENOMINATION	
	SIGLE..... Numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _ _	
	ADRESSE DU SIEGE (Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit)	
	Code postal _ _ _ _ Commune.....	
8	FORME JURIDIQUE	
	Pour le dirigeant qui relève des TNS, indiquer : Nom de naissance..... Prénoms..... Numéro de sécurité sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

DECLARATION RELATIVE A L ACTIVITE

9	DATE DE DÉBUT D' ACTIVITE _ _ _ _ _ _ _ Secteur(s) d'activité(s) concerné(s)	
	Préciser le secteur le plus important.....	
10	EFFECTIF SALARIE : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nombre : _ _ Vous embauchez un premier salarié <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
11	SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE préciser celle-ci : Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit Code postal _ _ _ _ Commune	

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| **Votre conjoint** est-il couvert à titre personnel par un regime obligatoire d'assurance maladie oui non

Pour le conjoint marié ou le pacsé collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|

Pour les étrangers (sauf ressortissants de l'Union Européenne) : Titre de séjour N° |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| délivré àexpirant le |_____| |_____| |_____| |_____|

Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre.....

Assurance maladie : organisme choisi N° |_____| |_____| |_____| |_____|

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle :..... Dépt. |_____| |_____| |_____| Commune..... Date de cessation |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|

Resterez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre.....

PERSONNES DEMANDANT À BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Suite sur intercalaire(s) P0'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissants de l'U.E.)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

**12
bis**

REGIME SOCIAL ET FISCAL DU MICRO-ENTREPRENEUR

Option régime micro-social simplifié oui non (Vous ne pouvez bénéficier de ce régime que si vous choisissez le régime micro fiscal – option réservée aux personnes physiques)

Vous avez opté pour le régime micro-social simplifié, choix du versement des cotisations trimestriel mensuel

Régime spécial Bénéfices Non Commerciaux (micro fiscal) Option versement libératoire (vous ne pouvez bénéficier de cette option que si vous relevez du régime micro fiscal et du régime micro-social)

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

Bénéfices Non Commerciaux (BNC) : Régime spécial B.N.C (micro fiscal) Déclaration contrôlée, dans ce cas Option pour la tenue d'une comptabilité créances/dettes

T.V.A : Franchise en base Réel simplifié Réel normal Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000 € / an

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

14

OBSERVATIONS :

15

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° ---- Autre : Tél.....Tél.....

..... Code postal |_____| |_____| |_____| |_____| Commune..... Télécopie / courriel.....

16

Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice).

Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail. La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposerez à des poursuites.

17

LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

LE DECLARANT (désigné au cadre 2)

LE REPRESENTANT LEGAL OU **LE MANDATAIRE**

Nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à.....

Le

Intercalaire PEIRL oui non

Intercalaire ACCRE oui non

Nombre d'intercalaire(s) ...

Déclaration N°.....

SIGNATURE

■ PERSONNE PHYSIQUE

■ PERSONNE MORALE

■ Vous optez pour le régime micro-entrepreneur

Complément au M0 de constitution de la société

Déclaration n°.....
Reçue le.....
Transmise le.....

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 17, le cas échéant N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 11, 14, 16.
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12 bis, 15, 17, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.
PERSONNE MORALE les cadres N° 7, 8, 9, 10, 15, 17, le cas échéant N° 11, 14.

DECLARATION RELATIVE A L AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

1	Avez-vous déjà exercé une activité non salariée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _ _	
2	NOM DE NAISSANCE Nom d'usage..... Prénoms..... Nationalité Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays si à l'étranger..... Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit Code postal _ _ _ _ _ Commune / Pays si à l'étranger.....	4
3		5
		CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé COLLABORATEUR (préciser pour celui-ci) <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé SALARIE Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays..... DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S) <input type="checkbox"/> RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de <input type="checkbox"/> DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de.....
		5B
		ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) <input type="checkbox"/> Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC <input type="checkbox"/> CONTRAT D'APPUI Date de fin de contrat _ _ _ _ _ _ _ _ N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur intercalaire P0' cadre 5.
		6

DECLARATION RELATIVE A L AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7	DENOMINATION SIGLE..... Numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _ _ ADRESSE DU SIEGE (Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit) Code postal _ _ _ _ _ Commune.....	8
		FORME JURIDIQUE

DECLARATION RELATIVE A L ACTIVITE

9	DATE DE DÉBUT D' ACTIVITE _ _ _ _ _ _ _ _ Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) Préciser le secteur le plus important.....	11
10		SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE préciser celle-ci : Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit Code postal _ _ _ _ _ Commune

DECLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

12
bis

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

14

OBSERVATIONS :

15

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° ---- Autre : Tél.....Tél.....
 Code postal |_|_|_|_| Commune..... Télécopie / courriel.....

16

Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (*cf. notice*).

**Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
 La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.**

17

LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

- LE DECLARANT** (désigné au cadre 2)
 LE REPRESENTANT LEGAL OU **LE MANDATAIRE**
 Nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à.....
 Le
 Intercalaire PEIRL oui non
 Intercalaire ACCRE oui non
 Nombre d'intercalaire(s) ...

Déclaration N°.....
SIGNATURE