PO CMB 11676*08 Sauf micro-entrepreneur

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

	RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT
	Déclaration n°
	Reçue le
1	Transmissolo

Avez-vous déjà exercé une activité non salariée oui non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 20 Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE NOM DE NAISSANCE CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE Nom d'usage_____ Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire. Prénoms Pseudonyme Pseudonyme Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 14) Conioint ou pacsé salarié Nationalité _____ Sexe \(\text{M} \) \(\text{F} \) DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S) Né(e) le | | | | | | Dépt. | | | Commune / Pays___ RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de Le mineur émancipé est autorisé à être commerçant par décision judiciaire publicité foncière ou livre foncier de ___ Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale domicile): rés., bât., n°, voie, lieu-dit ______ publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) 5B Code postal Commune / Pays Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB AIDE AUX CHOMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE) ☐ AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN AUTRE ÉTAT DE L'UNION ☐ Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous **EUROPÉENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0' devez remplir l'imprimé spécifique DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser ☐ Votre domicile personnel le code postal et la commune du marché principal : Remplir cadre 9 ☐ Dans une entreprise de domiciliation passer au cadre 10 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit **ORIGINE DU FONDS** ☐ Création passer directement au cadre suivant ☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat Code postal _____ Commune _____ ☐ Achat, Partage, Licitation Autre ____ DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification Nom du domiciliataire _____ Précédent exploitant : N° unique d'identification Nom de naissance / Dénomination_____ DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ Nom d'usage ______Prénoms_____ Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain) Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____ Location-Gérance ou Gérance-Mandat : Dates du contrat : Début | | | | | | fin | | | | | | Autre(s) activité(s) _ Renouvellement par tacite reconduction oui non Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case : Loueur du fonds ou Mandant du fonds : ☐ Commerce de détail en magasin (surface : Nom de naissance / Dénomination_____ _ Prénoms _____ ☐ Commerce de détail sur marché ☐ Commerce de détail sur Internet Nom d'usage____ ☐ Commerce de gros ☐ Fabrication, production Domicile / Śiège _____ ☐ Bâtiment, travaux publics Code postal Commune Commune ☐ Autre *préciser* Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandant NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL: Greffe d'immatriculation ENSEIGNE Achat, Partage, Licitation : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution **EFFECTIF SALARIÉ** : ☐ non ☐ oui, nombre : │ dont : │ apprentis │ VRP Nom du journal _ Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

		DECLARATION RELATIVE	: AUX	AUTRES PERSON	INES LIEE	S A L'EX	PLOITA	ATION
14	☐ CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR							
	Nom de naissance Prénoms							
15	□ PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT □ PROPRIETAIRE INDIVIS							
	Nom de naissance Nom d'usage Prénoms Prénoms Domicile Code postal Commune							
	Pour la personne avant le pouvoi	r d'engager : Né(e) le la la la la la la	. Dér	ot Commune / P	e postai 🔃 avs	Co	mmune _	Nationalité
	Tour la personne ayant le pouvoi	r d engager : Ne(e) le						
	DÉCLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux							
16	VOTRE N° DE SECURITE SOCIAL	E []]]] []	1					
	POUR LES RESSORTISSANTS H	ORS UNION EUROPÉENNE : Titre d		ır N° 🔛 🔠	délivré	à		expirant le 🔠 📗 📗
	Exercice simultané d'une autre ac	ctivité :	Dotroit	ó / Ponsionnó □ Autro	(préciser)			
	ASSURANCE MALADIE: organis	me d'assurance maladie des travai	lleurs	non salariés choisi (sa	uf activité r	elevant du r	égime agi	ricole) N°
	Si vous êtes pharmacien, êtes-vo	us affilié au régime des praticiens	auxilia	ires médicaux 🗌 Oui	□Non			e obligatoire d'assurance maladie au titre d'une
		rsement d'une pension (retraite/pensi					unregiin	e obligatorie d'assurance maladie au titre d'une
	Indiquer son N° de sécurité sociale			·				
		MINEUR(S) DEVANT BÉNÉ	FICIEI	R DE L'ASSURANCE N	IALADIE D	U DÉCLAR	ANT	Suite sur intercalaire(s) P0'
	Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoir		Lien de parenté		colarisé		tionalité
	•	(à défaut : date, lieu de naissance et se	xe)	·	oui	non		
			OPTIC	NS FISCALES HOR	S EIRL			
17	Bénéfices Industriels et Commerc	ciaux (BIC) :	T.V	.A:	ase			
	☐ Micro-fiscal (uniquement pour les pers ☐ Réel simplifié	sonnes relevant de la MSA ou de l'ENIM)		☐ Réel simplifié☐ Mini-réel	l Páal norm	al		
	☐ Réel normal				=		mposable	es sur option
	□ Reel normal □ Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option. □ Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000 € / an							
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES							
18	OBSERVATIONS:							
19	ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° Declarée au cadre n° Decl							
20	Code postal Commune Télécopie / courriel							
20								
		de d'immatriculation au RCS, au RM, le cas é onne, de mauvaise foi, des indications inexad						organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et, s'il y a l'emprisonnement.
21				fie l'exactitude des rens		•		SIGNATURE
21	☐ LE DECLARANT Désigné au cadre ☐ LE MANDATAIRE ayant procuratio		Fait a	à	Le			SIGNATURE
	nom, prénom / dénomination et adresse Intercalaire(s) : PEIRL : ☐ oui ☐ non / JQPA : ACCRE : ☐ oui ☐ non / NDI : ☐ oui ☐ non							
			Nom	bre d'intercalaire(s) : P				Signer chaque feuillet séparément

P0 cmb	cerfa			
	11676*08			
Sauf micro-ent	repreneur			

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT
Déclaration n°

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

	Reçue le _
Ci qui rappolaz vetra pumára unique d'identification	Transmiss

Avez-vous déjà exercé une activité non salariée oui non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification fransmise le POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION. REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 20 Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun **DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE** NOM DE NAISSANCE CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE Nom d'usage_____ Prénoms Pseudonyme Pseudonyme ☐ Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 14) ☐ Conjoint ou pacsé salarié Nationalité _____ Sexe DM DF DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S) Né(e) le | | | | | | Dépt. | | | Commune / Pays___ RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de Le mineur émancipé est autorisé à être commerçant par décision judiciaire publicité foncière ou livre foncier de ___ Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale domicile): rés., bât., n°, voie, lieu-dit ______ publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de____ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) Code postal | | | | | Commune / Pays_____ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB ☐ AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN AUTRE ÉTAT DE L'UNION **EUROPÉENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0' DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser ADRESSE DE L'ENTREPRISE [] Etablissement où vous exercez votre activité ☐ Votre domicile personnel le code postal et la commune du marché principal : ☐ Dans une entreprise de domiciliation Remplir cadre 9 passer au cadre 10 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit **ORIGINE DU FONDS** ☐ Création passer directement au cadre suivant ☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat Code postal _____ Commune _____ ☐ Achat, Partage, Licitation Autre _____ DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification Nom du domiciliataire Précédent exploitant : N° unique d'identification Nom de naissance / Dénomination_____ DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ Nom d'usage ______Prénoms____ Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain) Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____ Location-Gérance ou Gérance-Mandat : Dates du contrat : Début | | | | | | | fin | | | | | | | Autre(s) activité(s) Renouvellement par tacite reconduction oui non Loueur du fonds ou Mandant du fonds : Nom de naissance / Dénomination_____ Nom d'usage_____ Prénoms _____ Domicile / Siège Code postal | Commune _____ Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandant NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL: Greffe d'immatriculation ENSEIGNE Achat, Partage, Licitation: Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution

Nom du journal _

	DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION
15	CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR Nom de naissance
	DÉCLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux
16	
17	OPTIONS FISCALES HORS EIRL
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
18 19	OBSERVATIONS : ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° Autre : Tél Tél Télécopie / courriel
20	☐ 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 une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.
21	□ LE DECLARANT Désigné au cadre 2 Certifie l'exactitude des renseignements donnés SIGNATURE □ LE MANDATAIRE ayant procuration nom, prénom / dénomination et adresse Intercalaire(s): PEIRL: □ oui □ non / JQPA: □ ACCRE: □ oui □ non / NDI: □ oui □ non Nombre d'intercalaire(s): P0' □ Signer chaque feuillet séparément