

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14	<input type="checkbox"/> CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR	
	Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Nationalité _____ Né(e) le [][][][][][][][][] Dépt. [][][] Commune / Pays _____	
15	<input type="checkbox"/> PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE INDIVIS	
	Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Domicile _____ Code postal [][][][][][] Commune _____ Pour la personne ayant le pouvoir d'engager : Né(e) le [][][][][][][][][] Dépt. [][][] Commune / Pays _____ Nationalité _____	

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16 VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE []

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE : Titre de séjour N° [] délivré à _____ expirant le [][][][][][][][][][]

Exercice simultané d'une autre activité : ☐ oui ☐ non

Si oui, serez-vous simultanément : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre (*préciser*) _____

ASSURANCE MALADIE : organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés choisi (sauf activité relevant du régime agricole) _____ N° [][][][]

Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

CONJOINT COLLABORATEUR : Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) est-il couvert par un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une autre activité professionnelle, du versement d'une pension (retraite/pension d'invalidité) ou d'études ☐ oui ☐ non

Indiquer son N° de sécurité sociale : []

MINEUR(S) DEVANT BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT		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 oui non		Nationalité
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17

Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) :
☐ Micro-fiscal (uniquement pour les personnes relevant de la MSA ou de l'ENIM)
☐ Réel simplifié
☐ Réel normal

Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois)

T.V.A : ☐ Franchise en base
☐ Réel simplifié
☐ Mini-réel ☐ Réel 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 <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° ____ <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ Code postal Commune _____	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	<input type="checkbox"/> LE DECLARANT <i>Désigné au cadre 2</i> <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i> nom, prénom / dénomination et adresse	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le _____ Intercalaire(s) : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA : _____ ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / NDI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre d'intercalaire(s) : P0' _____	SIGNATURE Signer chaque feuillet séparément