

Facture OVH

CONJOINT OU PACSE COLLABORATEUR	
<input type="checkbox"/> Le conjoint déclare répondre aux conditions du statut de conjoint ou pacsé collaborateur et demande à bénéficier de ce statut. ?	
ENTREPRISE INDIVIDUELLE A RESPONSABILITE LIMITEE	
DECLARATION D'AFFECTATION DU PATRIMOINE <input type="checkbox"/> Option EURL <input checked="" type="checkbox"/>	
DECLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU A L'ETABLISSEMENT	
Vous exercez votre activité : <input type="radio"/> à votre adresse personnelle <input checked="" type="radio"/> à une adresse professionnelle <input type="radio"/> à une adresse de domiciliation	
ACTIVITE : Date de début d'activité <input type="text" value="09/03/2018"/>	
Indiquez l'activité la plus importante : <input type="text" value="DEVELOPPEMENT INFORMATIQUE"/>	
Indiquez l'ensemble des activités exercées : <input type="text" value="DEVELOPPEMENT INFORMATIQUE, COMMERCE"/>	
Vous exercez une activité saisonnière : <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Sa nature : <input type="text" value="SELECTIONNER UNE NATURE"/>	
ORIGINE DE L'ACTIVITE <input checked="" type="radio"/> Création <input type="radio"/> Reprise de l'activité d'un prédecesseur ou d'un précédent exploitant	
ENSEIGNE (s'il y a lieu) : <input type="text" value="ATIX DEVELOPPEMENT"/>	
EFFECTIF SALARIE Nombre (ou 0) <input type="text" value="3"/> Date d'embauche du 1er salarié <input type="text" value="20/03/2018"/>	

DECLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux					
Votet Social : informations sur la personne et ses ayants droit (attention : les renseignements fournis seront déterminants pour votre couverture santé et celle de vos ayants droit)					
Votre n° de sécurité sociale (15 chiffres) : <input type="text" value="719607521464278"/> <input type="checkbox"/> Ce numéro ne m'a jamais été attribué					
En plus de votre activité, n'exercez-vous en même temps : <input checked="" type="radio"/> Sans autre activité (pas d'autre activité que celle que vous déclarez) * <input type="radio"/> Salarié * <input type="radio"/> Salarié agricole * <input type="radio"/> Non salarié agricole * <input type="radio"/> Retraité / Pensionné * <input type="radio"/> Autre *					
Votre régime d'assurance maladie actuel : <input type="text" value="Régime général des salariés"/>					
Vous détectez une activité de : <input type="radio"/> Praticien conventionné ou auxiliaire médical conventionné <input type="radio"/> Avocat <input checked="" type="radio"/> Profession libérale : cas général (praticien ou auxiliaire médical non conventionné, géomètre, expert comptable, etc.) <input type="radio"/> Profession assimilée libérale rattachée à la Sécurité sociale : indépendants (cartonnancier, tenoquier, médium, magnétiseur, etc.) <input type="radio"/> Propriétaire d'immeuble, Gérant de kiosque, Gérant de Casino.					
Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non					
Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non					
Si vous êtes biologiste, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non					
PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE VOTRE ASSURANCE MALADIE (Une fois les bénéficiaires ajoutés, cliquer sur un de ces bénéficiaires pour modifier les informations le concernant)					
Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant déclaré	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 15 ans : N° d'acte d'engagement Titre de séjour ou : <input type="text" value="Citoyen d'un pays de l'Union Européenne"/> <input type="text" value="Citoyen d'un pays tiers"/> <input type="text" value="Citoyen d'un pays tiers"/>
<input type="button" value="Déclarer un bénéficiaire de votre assurance maladie"/>					

OPTION(S) FISCALE(S)	
Régime d'imposition des bénéfices : Régime spécial B.N.C. <input type="checkbox"/> Déclaration contrôlée <input checked="" type="checkbox"/> Option pour la tenue d'une comptabilité créances / dettes <input type="checkbox"/>	
10	Régime T.V.A. : Franchise en base <input type="checkbox"/> Réel simplifié <input checked="" type="checkbox"/> Réel normal <input type="checkbox"/> Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles <input type="checkbox"/>
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES	
ADRESSE de correspondance : <input type="radio"/> Domicile personnel <input checked="" type="radio"/> Adresse Professionnelle <input type="radio"/> Autre	
12	Téléphone fixe : 05.23.10.20.34 Portable : 06.27.36.71.10 Fax : E-Mail :
SIGNATAIRE	
Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail. Quiconque donne de mauvaise foi, des informations inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.	
<input checked="" type="radio"/> Le déclarant désigné au cadre 2 <input type="radio"/> Le mandataire (ou autre personne justifiant d'un intérêt)	
13	fait à : BORDEAUX le : 03/04/2018 Souhaitez-vous que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene puissent être consultées ou utilisées par des tiers ? <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Déclaration de début d'activité	
Tous les renseignements de cette section et ceux du cadre 2 doivent obligatoirement être remplis	
PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE Avez-vous déjà exercé une activité non salariée en France ? <input type="checkbox"/>	
Déclaration relative à la personne	
Sexe : <input checked="" type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	NOM DE NAISSANCE : DUNAL Nom d'usage : DUNAL Prénoms : THOMAS Pseudonyme : Nationalité : FRANÇAISE
<input checked="" type="radio"/> en France <input type="radio"/> à l'étranger :	Né(e) le : 31/03/1995 Département : 33 Commune : BORDEAUX
Domicile Personnel : Numéro dans la voie : 49 Indice de répétition (ex. ter...) : Type de voie : Rue Libellé de voie ou de lieu-dit : MAURICE Distribution spéciale (indication de boîte postale, service X, secteur postal) : Complément de localisation : Code postal : 33000 Commune : BORDEAUX CEDEX : Bureau distributeur :	
DEMANDE D'ACCREDITATION	
AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCREDITATION) Une demande d'ACCREDITATION est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.	