

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

1 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DE L'IMPRIMERIE : ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile
☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des avants droits

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 DENOMINATION SOCIALE

Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification

DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE

3 NOM DE NAISSANCE

Prénoms _____	Qualité _____
---------------	---------------

[illegible]

ASSURANCE MALADIE – Régime actuel : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ Autre _____

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés _____ N°

--	--	--

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

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

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

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

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

4 POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé qui a choisi le statut de ☐ **collaborateur (gérant associé unique ou gérance majoritaire)** ou ☐ **d'associé (gérance majoritaire)**

Indiquer son n° de sécurité sociale _____ **POUR LE CONJOINT ASSOCIE** : Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le | | | | | | | | | | à _____ Nationalité _____

POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTÉ POUR LE RÉGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

5 MINEUR(S) DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité
			oui	non	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

6 OBSERVATIONS :

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.

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.

7 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*

☐ LE MANDATAIRE

nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

1 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DE L'IMPRIMERIE : ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile
☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des avants droits

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 DENOMINATION SOCIALE

Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification

DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE

3 NOM DE NAISSANCE

Prénoms	Qualité
---------	---------

[illegible]

ASSURANCE MALADIE – Régime actuel : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ Autre

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés

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

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

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

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

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

4 POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé qui a choisi le statut de ☐ **collaborateur (gérant associé unique ou gérance majoritaire) ou** ☐ **d'associé (gérance majoritaire)**

POUR LE CONJOINT ASSOCIE : Nom de naissance

Nom d'usage		Prénoms		Né(e) le		à		Nationalité	
-------------	--	---------	--	----------	--	---	--	-------------	--

POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTÉ POUR LE RÉGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

6 OBSERVATIONS :

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.

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.

7 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*

☐ LE MANDATAIRE

nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE