

## **VOLET SOCIAL**

Déclaration n° PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES reçue le\_\_\_\_ transmise le DEMANDE ☐ D'AFFILIATION ☐ D'INTERCALAIRE ☐ DE MODIFICATION AU REGIME TNS DE LA PERSONNE DECLAREE AU CADRE 3 Пмо П м₂ Informations complémentaires de l'imprimé П мз TNS suite avant droit RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE DENOMINATION SOCIALE Si la déclaration complète un imprimé M2 ou M3, rappeler le n° unique d'identification DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms Qualité \_\_\_\_\_ VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ou oui on non Pour les étrangers sauf Union Européenne : Titre de séjour n° \_\_\_\_\_ expirant le \_\_\_\_ expira Organisme choisi : Assurance maladie (Travailleurs non salariés ) Pour les activités industrielles ou commerciales relevant du régime ORGANIC : caisse de retraite  $\Box$  Interprofessionnelle  $\Box$  Professionnelle. Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise  $\Box$  oui  $\Box$  non PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT Nombre d'intercalaires : Enfant scolarisé N° de Sécurité Sociale Nom de naissance et prénom Lien de Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne) ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe Nationalité parenté oui non N° du titre de séjour Délivré à Expirant le RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES OBSERVATIONS: La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. Certifie l'exactitude des renseignements donnés LE DECLARANT Désigné au cadre 3 **SIGNATURE** ☐ LE MANDATAIRE ayant procuration Nom, prénom / dénomination et adresse Signer chaque feuillet séparément



## **VOLET SOCIAL**

RESERVE A	AU CFE	MGUID	BEFHJK
-----------	--------	-------	--------

Déclaration n°\_

PERSONNE RELEV	VANT DU REGIME	<b>DES TRAVAILLEURS</b>	NON SALARIES
----------------	----------------	-------------------------	--------------

	reçue le transmise le				
1	DEMANDE 🗍 D'AFFILIATION 🗍 D'INTERCALAIRE 🗍 DE MODIFICATION AU REGIME TNS DE LA PERSONNE DECLAREE AU CADRE 3				
	Informations complémentaires de l'imprimé				
	RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE				
2	DENOMINATION SOCIALE				
_	Si la déclaration complète un imprimé M2 ou M3, rappeler le n° unique d'identification				
	DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE				
2	NOM DE NAISSANCE  Nom d'usage				
J	Prénoms Qualité				
	VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie 🗖 oui 🗖 non				
	Pour les étrangers sauf Union Européenne : Titre de séjour n° expirant le				
	Votre régime d'assurance maladie actuel :   Régime général   Agricole   Non salarié non agricole   Autre				
	Deur les setivités industrialles su communicies relevant du némine ODCANIC, coises de naturite. Il laternarés sciennelle. Il Desécucionnelle				
	Pour les activités industrielles ou commerciales relevant du régime ORGANIC : caisse de retraite  Interprofessionnelle  Professionnelle.  Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : Dépt Dépt Commune / Pays Date de cessation Dépt				
	Resterez-vous simultanément  Salarié Salarié agricole  Retraité / Pensionné  AutreSi à l'étranger, indiquer le pays				
	Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise  oui  non				
	RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES				
4	OBSERVATIONS:				
	La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.				
0	Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.				
	☐ LE DECLARANT Désigné au cadre 3  Certifie l'exactitude des renseignements donnés  SIGNATURE				
	LE MANDATAIRE ayant procuration				
	Nom, prénom / dénomination et adresse Le				
	Signer chaque feuillet séparément.				