

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBÉRALE ET ASSIMILÉE ET ARTISTE AUTEUR

RÉSERVÉ AU CFE GUIDBFKT

Déclaration n°

Reçue le JJ MM AAAATransmise le JJ MM AAAA1 Profession libérale et assimilée Artiste Auteur

Avez-vous déjà exercé une activité non salariée

 oui nonSi oui, rappelez votre numéro unique d'identification

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Pour les professions libérales et assimilées, remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres 11, 13

Pour les artistes auteurs, remplir dans tous les cas les cadres n° 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres n° 11, 13

DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL
remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

3 NOM DE NAISSANCE

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pseudonyme _____

Nationalité _____

Né(e) le JJ MM AAAADépt. Commune _____

Pays si à l'étranger _____

Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune _____

Pays si à l'étranger _____

4 Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière dans l'entreprise

 oui nonSi oui, choix d'un statut : collaborateur (durée globale limitée à 5 ans) salarié (et préciser ci-dessous)

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Nationalité _____

Né(e) le JJ MM AAAADépt. Commune _____

Pays si à l'étranger _____

Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3) _____

Code postal Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU À L'ÉTABLISSEMENT

5 VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À : Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6 Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous

LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITÉ (bureau, cabinet, établissement) Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

6 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ JJ MM AAAA

Activité(s) exercée(s) _____

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

Vous exercez une activité saisonnière indiquez la ou les période(s) d'activité : Activité non sédentaire (ambulant)

NOM COMMERCIAL (le cas échéant) : _____

PROFESSION DE SANTÉ :

Spécialité :

 Titulaire
 Remplaçant
 Remplaçant offre simplifiée Chirurgien-dentiste Infirmier Médecin sect 1 généraliste Médecin sect 1 spécialiste Médecin sect 2 régime TI Médecin sect 2 régime PAMC Masseur kinésithérapeute Orthophoniste Orthoptiste Pédicure podologue régime TI Pédicure podologue régime PAMC Sage-femme Autre7 ORIGINE DE L'ACTIVITÉ : Création Reprise

Prédecesseur ou précédent exploitant :

Numéro unique d'identification

Pour une personne physique :

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pour une personne morale :

Dénomination _____

8 EFFECTIF SALARIÉ :

 non oui, nombre : _____

Vous embauchez un premier salarié

 oui non

DÉCLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

9 VOTRE N° DE SÉCURITE SOCIALE

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPÉENNE : Titre de séjour N° délivré à _____ expirant le JJ/MM/AAAA

Exercice simultané d'une autre activité : oui non

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

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

Vous êtes marin professionnel

Si vous êtes artiste auteur : Option pour la pratique du précompte des cotisations par le diffuseur

Numéro de praticien (ADELI / RPPS) :

CONJOINT MARIÉ, PACSÉ OU CONCUBIN COLLABORATEUR : Votre conjoint marié, pacsé ou concubin 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 :

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

10 Bénéfices Non Commerciaux (B.N.C) :

- Régime spécial B.N.C (micro fiscal)
- Déclaration contrôlée, dans ce cas :
- Option pour la tenue d'une comptabilité créances / dettes

T.V.A : Franchise en base

Réel simplifié

Réel normal

Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 € / an

Bénéfices Industriels et Commerciaux (B.I.C) :

- Micro
- Réel simplifié
- Réel normal

T.V.A : Franchise en base

Réel simplifié

Réel normal

Mini-réel

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 4 000 € / an

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

Impôt sur les sociétés : Option pour l'IS Préciser Réel simplifié Réel normal

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

11 OBSERVATIONS :

12 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____
Code postal Commune _____

Tél.

Tél.

Télécopie / courriel

13 Les informations sont transmises aux organismes destinataires pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données. (Cf. annexe aux notices).

Je demande 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 déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, au RSEIRL et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposerez à des poursuites.

14 **LE DÉCLARANT** désigné au cadre 3

Certifie l'exactitude des renseignements donnés.

Déclaration n° _____

LE MANDATAIRE ayant procuration

Fait à _____

SIGNATURE

Nom, prénom/ dénomination et adresse _____

Le JJ/MM/AAAA

Code postal Commune _____

Intercalaire PEIRL oui non

Nombre d'intercalaire(s) PO' _____

Signer chaque feuillet séparément

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBÉRALE ET ASSIMILÉE ET ARTISTE AUTEUR

RÉSERVÉ AU CFE GUIDBFKT

Déclaration n°

Reçue le JJ MM AAAATransmise le JJ MM AAAA1 Profession libérale et assimilée Artiste Auteur

Avez-vous déjà exercé une activité non salariée

 oui nonSi oui, rappelez votre numéro unique d'identification

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Pour les professions libérales et assimilées, remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres 11, 13

Pour les artistes auteurs, remplir dans tous les cas les cadres n° 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres n° 11, 13

DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL
remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

3 NOM DE NAISSANCE

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pseudonyme _____

Nationalité _____

Né(e) le JJ MM AAAADépt. Commune _____

Pays si à l'étranger _____

Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune _____

Pays si à l'étranger _____

4 Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière dans l'entreprise

 oui nonSi oui, choix d'un statut : collaborateur (durée globale limitée à 5 ans) salarié (et préciser ci-dessous)

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Nationalité _____

Né(e) le JJ MM AAAADépt. Commune _____

Pays si à l'étranger _____

Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3) _____

Code postal Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU À L'ÉTABLISSEMENT

5 VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À : Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6 Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous

LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITÉ (bureau, cabinet, établissement) Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

6 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ JJ MM AAAA

Activité(s) exercée(s) _____

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

Vous exercez une activité saisonnière indiquez la ou les période(s) d'activité : Activité non sédentaire (ambulant)

NOM COMMERCIAL (le cas échéant) : _____

PROFESSION DE SANTÉ :

Spécialité :

 Titulaire
 Remplaçant
 Remplaçant offre simplifiée Chirurgien-dentiste Infirmier Médecin sect 1 généraliste Masseur kinésithérapeute Orthophoniste Orthoptiste Pédicure podologue régime TI Pédicure podologue régime PAMC Sage-femme Autre7 ORIGINE DE L'ACTIVITÉ : Création Reprise

Précéditeur ou précédent exploitant :

Numéro unique d'identification

Pour une personne physique :

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pour une personne morale :

Dénomination _____

8

DÉCLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

9

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

10

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

11 OBSERVATIONS :

12 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____
Code postal _____ Commune _____ Tél. _____
Télécopie / courriel _____

13 Les informations sont transmises aux organismes destinataires pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données. (Cf. annexe aux notices).

Je demande 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 déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, au RSEIRL et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposerez à des poursuites.

14 **LE DÉCLARANT** désigné au cadre 3
 LE MANDATAIRE ayant procuration
Nom, prénom/ dénomination et adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés.
Fait à _____
Le JUJUMMAAAA
Intercalaire PEIRL oui non
Nombre d'intercalaire(s) PO' _____

Déclaration n° _____
SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément