PO PL MICRO-ENTREPRENEUR

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE

RESERV	E AU CF	E GUII	BEFK
--------	---------	--------	------

Déclaration n°
reçue le
transmise le
transmise ie



PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITE exercée sous le régime micro-social (hors professions règlementées)

1	Avez-vous déjà exercé une activité non salariée 🛘 oui 🗖 non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification 👢 👢 👢 👢			
	IDENTITE (1997)			
2	NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms Nationalité Sexe □ M □ F Né(e) le l _ l _ l _ l _ l _ Dépt. l _ l _ I _ Commune / Pays			
	Domicile: rés., bât., n°, voie, lieu-dit. Code postal I_I_I_I_I Commune / Pays.			
	Forain ☐ Commune de rattachement administratif : Code postal I_I_I_I Nom de la commune Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 11			
3	CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE Conjoint ou pacsé collaborateur pour celui-ci préciser ci-dessous Conjoint ou pacsé salarié			
	Nom de naissance			
4	AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)			
	☐ Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.			
5	ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)			
	□ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL micro-entrepreneur			
	ACTIVITE			
6	Vous exercez votre activité à : □ Votre domicile personnel, passez directement au cadre 7			
	☐ Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci			
	Rés. ,bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit			
7	DATE DE DEBUT D'ACTIVITE			
	Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (ambulant ou forain)			
	Indiquer l'activité la plus importante Le cas échéant, autres activités exercées			

	Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux											
8	VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE											
	VOUS AVEZ CHOISI L'OPTION MI	ICRO-SOCIAL SIMPLIFIE : périodic	ité du ve	ersement de	s cotisa	ntions 🗆	mensuelle	☐ trime	strielle			
	ASSURANCE MALADIE - Régime	antérieur à la déclaration : □ Ré	gime gén	éral □ A	gricole	☐ Non s	salarié non a	gricole	☐ Autre			
	Choix de l'organisme d'assurance	e maladie des travailleurs non salarié	ės				N°					
	Si exercice antérieur d'une activit	té non salariée, préciser laquelle :				Dépt. I_I_	_I_I Commu	ne		Date de cessa	ation I_ı_l_ı_l_ı	ل_ر
	Resterez-vous simultanément : \Box	Salarié □ Salarié agricole □ Reti	raité / Pe	ensionné 🗆	Autre		S	i à l'étrar	nger, indiqu	er le pays		
	POUR LES RESSORTISSANTS HORS	UNION EUROPEENNE : Titre de séjou	r N° I_I_I		_l déliv	ré à			expira	ant le l_ı_l_ı_l_ı	بيا	
	CONJOINT Votre conjoint est-il couvert à titre pe Pour le conjoint marié ou pacsé qui a	ersonnel par un régime obligatoire d'a a choisi le statut de collaborateur, inc							I_I_I			
		PERSONNES DEMANDAN	T A BEN	EFICIER DE	L'ASSI	JRANCE I	MALADIE D	J DECL	ARANT	Suite s	ur intercalaire(s) P0	,
	Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et		Lien de parenté	Enfant oui	scolarisé non	Nationalité		ressortissa re de séjour	nts hors U.E. de pl Délivré à	lus de 18 ans Expirant le	
			OPTIC	N FISCALI	E HOR	SEIRL						
9	VOUS RELEVEZ DU REGIME MICE	RO FISCAL - Spécial Bénéfices No	n Comm	erciaux (Spé	cial BN	IC)						
	Option pour le versement libératoire	de l'impôt sur le revenu calculé sur l	es recette	es (sous cond	ditions c	f. notice)	□ Oui □ No	n				
		REN	SEIGNE	EMENTS CO	OMPLE	MENTAI	RES					
10	OBSERVATIONS:											
	ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° 2 Déclarée au cadre n° 6 Autre :											
11 Code postal I I I I I Commune. Télécopie / courriel												
	□ la demanda à ca que les informations enregistrées dans la réporteire Cirana na puissant pas être capaultées ou utilisées par des tiers (ef. natios)											
12	Je demande à ce que les miormations emegistrees dans le répertoire sirene ne puissent pas etre consultées ou dinisées par des tiers (ci. 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. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.											
13	□LE DECLARANT désigné au cac			titude des re					SIGNA	TURE		
	☐ LE MANDATAIRE ayant procura	ntion Fait	à			Le						
	nom, prénom / dénomination et adres	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		IRL micro-entr	•	∵: □ oui □] non					
				CCRE : oui calaire(s) P0' :								

DECLARATION SOCIALE

P0 PL MICRO-ENTREPRENEUR

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE

RESERVE	AU CFE	GUIDBEFK	[

Déclaration n°
reçue le
transmise le

*cerfa*N° 13821*04

PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITE exercée sous le régime micro-social (hors professions règlementées)

1	Avez-vous déjà exercé une activité non salariée □ oui □ non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification I_I_I_I_I_I_I				
	IDENTITE				
2	NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms Nationalité Sexe □ M □ F Né(e) le l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _ l _				
3	CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE Conjoint ou pacsé collaborateur pour celui-ci préciser ci-dessous Conjoint ou pacsé salarié				
	Nom de naissance				
4					
5	ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)				
	□ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL micro-entrepreneur				
	ACTIVITE ACTIVITE				
6	Vous exercez votre activité à : □ Votre domicile personnel, passez directement au cadre 7 □ Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci				
	Rés. ,bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit Code postal I_I_I_I Commune				
7	DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _ _ _				

relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique

loi n° 78-17 du 6 janvier 1978