

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE : Titre de séjour N° délivré à _____ expirant le

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

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

ASSURANCE MALADIE : organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés choisi _____ N°

CONJOINT COLLABORATEUR : Votre conjoint marié ou pacsé 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 :

MINEUR(S) DEVANT BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT					Suite sur intercalaire(s) P0'
Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé oui non		Nationalité

12B

REGIME SOCIAL ET FISCAL DU MICRO-ENTREPRENEUR

Choix du versement de vos cotisations ☐ trimestriel ☐ mensuel

☐ Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

Bénéfices Non Commerciaux (BNC) :☐ 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 4000 € / an

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

14

OBSERVATIONS :

15

ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° _____ ☐ Autre: _____

Code postal Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

16

☐ Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice).

Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale 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.

17

LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

☐ LE DECLARANT (désigné au cadre 2)

☐ LE REPRESENTANT LEGAL OU ☐ LE MANDATAIRE

Nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non

Intercalaire ACCRE ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) _____

Déclaration N° _____

SIGNATURE

Imprimer

Réinitialiser

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

12B

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

14

OBSERVATIONS :

15

ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° ☐ Autre: _____ Tél _____ Tél _____
Code postal [][][][][] Commune _____ Télécopie / courriel _____

16

☐ Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (*cf. notice*).

Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale 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 exposez à des poursuites.

17

LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.
☐ **LE DECLARANT** (désigné au cadre 2)
☐ **LE REPRESENTANT LEGAL OU ☐ LE MANDATAIRE**
Nom, prénom / dénomination et adresse

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

Déclaration N° _____
SIGNATURE