

13 **EFFECTIF SALARIE** : non oui, nombre : _____ dont : _____ apprentis _____ VRP Vous embauchez un premier salarié oui non

DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

14 **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR / OU CONJOINT MARIE OU PACSE SALARIE**

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____ Pays _____

15 **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT** **PROPRIETAIRE INDIVIS**

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile _____ Code postal _____ Commune _____
Pour la personne ayant le pouvoir d'engager : Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____ Pays _____
Nationalité _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16 **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) _____

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

Vous êtes marin professionnel

CONJOINT COLLABORATEUR : Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) 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 : _____

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17 **Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC)** :

Micro-fiscal (uniquement pour les personnes relevant de la MSA ou de l'ENIM)
 Réel simplifié
 Réel normal

Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois) _____

T.V.A :

Franchise en base
 Réel simplifié
 Mini-réel Réel normal

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

18 **OBSERVATIONS** : _____

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

20 Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment 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 ni utilisées par des tiers (cf. notice).

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant ou au RSEIRL et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE 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 pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

21 **LE DECLARANT** 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 _____

Intercalaire(s) : PEIRL CM : oui non / JQPA : _____

NDI : oui non PO' _____

SIGNATURE

PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n° _____
Reçue le _____
Transmise le _____

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salariée oui non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _____

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE Remplir dans tous les cas les cadres n° 1, 3, 8A, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres : n° 2A, 2B, 4, 5, 6, 7, 8B, 9, 11, 14, 15, 18, 20 Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 18. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun.

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)** **2B** **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)** *remplir l'intercalaire PEIRL CM*

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **NOM DE NAISSANCE** _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____ Pseudonyme _____
Nationalité _____ Sexe M F
Né(e) le _____ Dépt _____ Commune _____
Pays _____
 Le mineur émancipé est autorisé à être commerçant par décision judiciaire
Domicile : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Pays _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

5 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S)**
 RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de _____
 DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de _____

4 Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise oui non
Si oui, choix d'un statut : collaborateur salarié
Remplir obligatoirement le cadre 14

6 **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat _____ *Remplir l'intercalaire PO' cadre 4*
7 **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire PO'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

8A **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** Etablissement où vous exercez votre activité Votre domicile personnel
Remplir cadre 9 Dans une entreprise de domiciliation *passer au cadre 10*

8B **Ambulant** ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal : _____

9 **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification _____
Nom du domiciliataire _____

12 **ORIGINE DU FONDS** Création *passer directement au cadre suivant*
 Location – Gérance Gérance – Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre _____

10 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** _____
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant)
Activité(s) exercée(s) dans l'établissement _____
Activité principale _____
Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :
 Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²)
 Commerce de détail sur marché Commerce de détail sur Internet
 Commerce de gros Fabrication, production
 Bâtiment, travaux publics Autre, préciser _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Location-Gérance ou Gérance-Mandat :
Dates du contrat : Début _____ Fin _____
Renouvellement par tacite reconduction oui non
Loueur du fonds ou Mandant du fonds :
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile / Siège _____
Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandant _____
Greffé d'immatriculation _____

11 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____
ENSEIGNE : _____

Achat, Partage, Licitacion : Support habilité d'annonces légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution _____
Nom du support _____

