

Sauf micro-entrepreneur

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

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

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

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 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
Forain Commune de rattachement administratif :
Code postal |_|_|_|_|_| Nom de la commune
Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 19

4 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE
 Conjoint ou pacsé collaborateur (*remplir cadre 14*) Conjoint ou pacsé salarié

5 DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITÉ 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

5B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)
 Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

6 CONTRAT D'APPUI Date de fin du contrat |_|_|_|_|_|_|_|_| Remplir l'intercalaire PO' cadre 5

7 AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN AUTRE ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE. Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire PO'

3 AIDE AUX CHOMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)
 Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 ADRESSE DE L'ENTREPRISE Etablissement où vous exercez votre activité
Remplir cadre 9 Dans une entreprise de domiciliation
 Votre domicile personnel
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'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit
Code postal |_|_|_|_|_| Commune
DOMICILIAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire

13 ORIGINE DU FONDS Création *passer directement au cadre suivant*
 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre

10 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement
Autre(s) activité(s)
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

11 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :
ENSEIGNE

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandat |_|_|_|_|_|_|_|_|
Greffé d'immatriculation

12 EFFECTIF SALARIÉ : non oui, nombre : |_|_| dont : |_|_| apprentis |_|_| VRP
Vous embauchez un premier salarié oui non

Achat, Partage, Licitacion : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du journal

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14	<input type="checkbox"/> CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR Nom de naissance Nom d'usage Prénoms Nationalité Né(e) le ____/____/____ Dépt. ____ Commune / Pays
15	<input type="checkbox"/> PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT <input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE 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

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16	VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE ____/____/____/____ ASSURANCE MALADIE : Régime antérieur à la déclaration : <input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non salarié non agricole <input type="checkbox"/> Autre..... Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés (sauf activité relevant du régime agricole) N° ____/____/____ Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : Dépt. ____/____/____ Commune Date de cessation ____/____/____ Resterez-vous simultanément : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Salarié agricole <input type="checkbox"/> Retraité / Pensionné <input type="checkbox"/> Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays..... POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE : Titre de séjour N° ____/____/____/____ délivré à expirant le ____/____/____ CONJOINT : Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pour le conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) qui a choisi le statut de collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale : ____/____/____/____
-----------	--

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT 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		Nationalité	Pour les ressortissants hors Union Européenne de plus de 18 ans		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17	Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) : <input type="checkbox"/> Micro-fiscal <input type="checkbox"/> Réel simplifié <input type="checkbox"/> Réel normal Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois) ____/____/____	T.V.A : <input type="checkbox"/> Franchise en base <input type="checkbox"/> Réel simplifié <input type="checkbox"/> Mini-réel <input type="checkbox"/> Réel normal <input type="checkbox"/> Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option. <input type="checkbox"/> Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000 € / an
-----------	--	---

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18	OBSERVATIONS :		
19	ADRESSE de correspondance <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° ____ <input type="checkbox"/> Autre :	Tél.....	Tél.....
 Code postal ____/____/____ Commune.....	Télécopie / courriel	
20	<input type="checkbox"/> Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (<i>cf. notice</i>).		
Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB 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	<input type="checkbox"/> LE DECLARANT Désigné au cadre 2 <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration nom, prénom / dénomination et adresse	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à..... Le Intercalaires : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA : ACCRES : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / NDI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre d'intercalaires : P0'	SIGNATURE Signer chaque feuillet séparément
-----------	---	--	--

Sauf micro-entrepreneur

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

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

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

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 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.....
Forain Commune de rattachement administratif :
Code postal |_|_|_|_|_| Nom de la commune.....
Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 19

4 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE

Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 14) Conjoint ou pacsé salarié

DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)

5 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.....

5B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

6 **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat |_|_|_|_|_|_|_|_| Remplir l'intercalaire PO' cadre 5

7 **AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN AUTRE ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire PO'

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 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'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit.....
Code postal |_|_|_|_|_| Commune.....
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire.....

13 ORIGINE DU FONDS Création passer directement au cadre suivant
 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre

10 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement
Autre(s) activité(s)

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.....

11 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :.....
ENSEIGNE.....

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandant |_|_|_|_|_|_|_|_|
Greffé d'immatriculation.....

Achat, Partage, Licitacion : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du journal.....

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

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

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18

OBSERVATIONS :

19

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° ____ Autre : Tél.....Tél.....
 Code postal |_|_|_|_|_| Commune..... Télécopie / courriel

20

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 une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB 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 2*
 LE MANDATAIRE *ayant procuration*
nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à..... Le
 Intercalaire(s) : PEIRL : oui non / JQPA :
 ACCRE : oui non / NDI : oui non
 Nombre d'intercalaire(s) : P0'

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément