



N° 11768*02

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBÉRALE ET ASSIMILÉE

Déclaration n° _____

reçue le _____

transmise le _____

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 obligatoirement les cadres n° 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, selon votre situation les cadres 3, 4, 11

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

1 NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pseudonyme _____

Sexe M F

Né(e) le _____

Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____

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

Code postal _____ Commune / Pays si à l'étranger _____

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

- Conjoint ou pacsé collaborateur (préciser pour celui-ci)
 Conjoint ou pacsé salarié

Nom de naissance _____ Prénoms _____

Nom d'usage _____

Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays _____

Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 2) _____

Code postal _____ Commune _____

AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

Vous déposez une demande d'ACCRE avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

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 _____

6 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ _____

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 : _____

7 ORIGINE DE L'ACTIVITÉ :

Création (passer directement au cadre suivant)
 Reprise

Prédécesseur ou précédent exploitant :

Numéro unique d'identification _____

Pour une personne physique
Nom de naissance _____ 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 SÉCURITÉ SOCIALE _____ Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non

Pour le conjoint ou pacsé collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale _____

Pour les étrangers (sauf ressortissants de l'Union Européenne) : Titre de séjour N° _____ délivré à _____ expirant le _____

Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre _____

Assurance maladie : organisme choisi _____ N° _____

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, précisez laquelle : _____ Dépt. _____ Commune _____ Date de cessation _____

Resterez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre _____

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		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
		Entant scolarisé	oui		non	N° du titre de séjour	Délivré à

OPTION(S) FISCALE(S)

10 B.N.C. : Régime spécial B.N.C (fiscal micro) Déclaration contrôlée

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.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

11 OBSERVATIONS : _____

12 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre _____

Code postal _____ Commune _____

Tél _____ Tel _____

Fax / mél _____

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE 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.

13 LE DÉCLARANT (designé au cadre 3)

LE MANDATAIRE
nom, prénom/dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Nombre d'intercalaire(s) _____

Formulaire ACCRE : oui non

SIGNATURE

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'information, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.