

P0 PL



13821*07

MICRO-ENTREPRENEUR

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE

RESERVE AU CFE GUIDBEFKT

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

PERSONNE PHYSIQUE

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

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

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)
remplir l'intercalaire PEIRL PL/AC

IDENTITE

3 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Sexe M F Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____

Pays si né à l'étranger _____

Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

_____ Code postal _____ Commune _____

Pays si à l'étranger _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

4 Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise oui non

Si oui, choix d'un statut (et préciser ci-dessous) : collaborateur salarié

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3) _____

Code postal _____ Commune _____ Dépt. _____ Pays _____

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

ACTIVITE

5 Vous exercez votre activité à : Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6

Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci

Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

6 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _____

Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (ambulante)

Activité(s) exercée(s) _____

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 **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*) _____

VOUS ETES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE : périodicité du versement des cotisations mensuelle trimestrielle

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 :

OPTION FISCALE HORS EIRL

8 **VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Spécial Bénéfices Non Commerciaux (Spécial BNC)**

Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur les recettes (sous conditions cf. notice) Oui Non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS** : _____

10 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° 3 Déclarée au cadre n° 5 Autre _____

Code postal Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

11 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 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.**

- 12** **LE DECLARANT** *désigné au cadre 3*
 LE MANDATAIRE
Nom, prénom / dénomination et adresse

Code postal Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le Intercalaire PEIRL PL/AC : oui nonNombre d'intercalaire(s) PO' **SIGNATURE**

PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

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

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

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)
remplir l'intercalaire PEIRL PL/AC

IDENTITE

3 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Sexe M F Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____
Pays si né à l'étranger _____

Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Pays si à l'étranger _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

4 Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise oui non
Si oui, choix d'un statut (et préciser ci-dessous) : collaborateur salarié
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3) _____
Code postal _____ Commune _____ Dépt. _____ Pays _____
Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____ Pays _____

ACTIVITE

5 Vous exercez votre activité à : Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6
 Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

6 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _____
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (ambulante)
Activité(s) exercée(s) _____
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7

OPTION FISCALE HORS EIRL

8

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9

OBSERVATIONS : _____

10

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° 3 Déclarée au cadre n° 5 Autre _____ Tél _____ Tél _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____ Télécopie / courriel _____

11

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 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.**

12

LE DECLARANT *désigné au cadre 3*
 LE MANDATAIRE
Nom, prénom / dénomination et adresse

Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Intercalaire PEIRL PL/AC : oui non

Nombre d'intercalaire(s) P0' [] []

SIGNATURE