

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ AGENT COMMERCIAL

RÉSERVÉ AU CFE GUIDBFKT

Déclaration n°
Reçue le JJMMIAAAA
Transmise le JJMMIAAAA

Imprimer

Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE

PERSONNE MORALE

Vous optez pour le régime micro-entrepreneur

Complément au M0 de constitution de la société

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 obligatoirement pour :
 - PERSONNE MORALE les cadres n° 7, 8, 9, 10, 15, 17, le cas échéant n° 11 et 14
 - PERSONNE PHYSIQUE les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 9, 10, 12A, 13, 15, 17, le cas échéant n° 4, 5, 6, 11, 14, 16
 - RÉGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres n° 1, 3, 9, 12A, 12B, 15, 17, éventuellement les autres cadres sauf les n° 7 et 8

DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE uniquement pour un agent commercial personne physique

2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL
remplir l'intercalaire PEIRL PL-AC

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

3 NOM DE NAISSANCE

Nom d'usage _____
 Prénoms _____
 Nationalité _____ Sexe M F
 Né(e) le JJMMIAAAA
 Dépt. Commune _____
 Pays si à l'étranger _____
 Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal Commune _____
 Pays _____
 Le cas échéant, ancienne commune _____

4 CONTRAT D'APPUI Date de fin de contrat JJMMIAAAA
 N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur l'intercalaire PO' cadre 4.

5 DÉCLARATION RELATIVE À 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 _____
 DÉCLARATION(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 _____

6 Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière dans l'entreprise : oui non
 Si oui, choix d'un statut : collaborateur (durée globale limitée à 5 ans) salarié
 (remplir obligatoirement cadre 12A)

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le JJMMIAAAA
 Dépt. Commune _____ Pays si à l'étranger _____
 Domicile (si différent) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7 DÉNOMINATION
 SIGLE _____ Numéro unique d'identification _____
 ADRESSE DU SIÈGE (Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____
 Code postal Commune _____

8 FORME JURIDIQUE
 Pour le dirigeant qui relève des TNS, indiquer :

Nom de naissance _____
 Prénoms _____
 Numéro de sécurité sociale _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'ACTIVITÉ

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ JJMMIAAAA
 Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____
 Préciser le secteur le plus important _____

11 SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE, préciser celle-ci :
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

10 EFFECTIF SALARIÉ : non oui, nombre : _____
 Vous embauchez un premier salarié oui non

Code postal Commune _____
 Le cas échéant, ancienne commune _____

DÉCLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12A VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPÉENNE : 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) _____
CONJOINT COLLABORATEUR OU SALARIÉ : Votre conjoint marié, pacsé ou concubin 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 :

12B RÉGIME 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
Impôt sur les sociétés : Option pour l'impôt sur les sociétés : préciser _____ Réel simplifié Réel normal
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

14 OBSERVATIONS :

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

16 Les informations sont transmises aux organismes destinataires 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)
Concernant l'agent commercial personne physique : Je demande 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. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

<p>17 LE DÉCLARANT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce. <input type="checkbox"/> LE DÉCLARANT si personne physique (désigné au cadre 3) <input type="checkbox"/> LE REPRÉSENTANT LÉGAL si personne morale OU <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE Nom, prénom / dénomination et adresse _____ Code postal <input type="text" value=""/> Commune _____</p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le <input type="text" value="JJMMAAAA"/> Intercalaire(s) : PEIRL <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre d'intercalaire(s) _____</p>	<p>SIGNATURE : Signer chaque feuillet séparément</p>
---	---	--

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ AGENT COMMERCIAL

RÉSERVÉ AU CFE GUIDBFKT

 Déclaration n° _____
 Reçue le JJMM/AAAA
 Transmise le JJMM/AAAA

Imprimer

Réinitialiser

 PERSONNE PHYSIQUE

 PERSONNE MORALE

 Vous optez pour le régime micro-entrepreneur
 Complément au M0 de constitution de la société

 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 obligatoirement pour :

- PERSONNE MORALE les cadres n° 7, 8, 9, 10, 15, 17, le cas échéant n° 11 et 14
- PERSONNE PHYSIQUE les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 9, 10, 12A, 13, 15, 17, le cas échéant n° 4, 5, 6, 11, 14, 16
- RÉGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres n° 1, 3, 9, 12A, 12B, 15, 17, éventuellement les autres cadres sauf les n° 7 et 8

DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE uniquement pour un agent commercial personne physique

 2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

 2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL
 remplir l'intercalaire PEIRL PL-AC

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

3 NOM DE NAISSANCE

 Nom d'usage _____
 Prénoms _____
 Nationalité _____ Sexe M F
 Né(e) le JJMM/AAAA
 Dépt. Commune
 Pays si à l'étranger _____

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

Code postal Commune

Pays

Le cas échéant, ancienne commune

 4 CONTRAT D'APPUI Date de fin de contrat JJMM/AAAA

N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur l'intercalaire PO' cadre 4.

5 DÉCLARATION RELATIVE À L'INSAISSISSABILITÉ 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 _____

 DÉCLARATION(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 _____

6 Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière

 dans l'entreprise : oui non
 Si oui, choix d'un statut : collaborateur (durée globale limitée à 5 ans) salarié
 (remplir obligatoirement cadre 12A)

 Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le JJMM/AAAA
 Dépt. Commune Pays si à l'étranger _____
 Domicile (si différent) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal Commune

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7 DÉNOMINATION

SIGLE _____ Numéro unique d'identification

ADRESSE DU SIÈGE (Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____

Code postal Commune

8 FORME JURIDIQUE

DÉCLARATION RELATIVE À L'ACTIVITÉ

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ JJMM/AAAA

Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____

Préciser le secteur le plus important _____

10

 11 SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE, préciser celle-ci :
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune

Le cas échéant, ancienne commune

DÉCLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12A

12B

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

14 **OBSERVATIONS :**

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

16 Les informations sont transmises aux organismes destinataires 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)

Concernant l'agent commercial personne physique : Je demande 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.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.**

17 **LE DÉCLARANT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL** affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

LE DÉCLARANT si personne physique (désigné au cadre 3)
 LE REPRÉSENTANT LÉGAL si personne morale **OU** **LE MANDATAIRE**

Nom, prénom / dénomination et adresse

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

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le JJMMAAAA

Intercalaire(s) : PEIRL oui non

Nombre d'intercalaire(s) _____

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément