



PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n°
 reçue le G37017474584
 transmise le

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, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 20 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 19

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 18

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 13) 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 **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'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

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

7B **Ambulant** ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal : |_|_|_|_|_|

8 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit
 Code postal |_|_|_|_|_| 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

9 **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

10 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :**
ENSEIGNE

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

11 **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

13

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

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

14

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

15

VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ : périodicité du versement des cotisations mensuelle trimestrielle

ASSURANCE MALADIE : Régime antérieur à la déclaration : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre.....

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés (sauf activité relevant du régime agricole) N° |_|_|_|

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : Dépt. |_|_|_| Commune Date de cessation |_|_|_|_|_|_|

Resterez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre Si à l'étranger, indiquer le pays.....

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPÉENNE : Titre de séjour N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| délivré à expirant le |_|_|_|_|_|_|

CONJOINT : Votre conjoint marié ou pacsé est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non

Pour le conjoint marié ou pacsé 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

OPTION FISCALE HORS EIRL

16

VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) : Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu oui non

Versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes (sous conditions cf. notice P0 CMB micro-entrepreneur).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17

OBSERVATIONS :

18

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° ---- Autre :
Code postal |_|_|_|_|_| Commune

Tél. Tél.
Télécopie / courriel

19

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.

20

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
Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément