

PERSONNE PHYSIQUE

Vous optez pour le régime micro-entrepreneur

PERSONNE MORALE

Complément au M0 de constitution de la société

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres n° 1, 2, 8, 9, 11, 12, 14, 16, le cas échéant n° 3, 4A, 4B, 5, 10, 13, 15.
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres n° 1, 2, 8, 11, 11B, 14, 16, éventuellement les autres cadres sauf les n° 6 et 7.
PERSONNE MORALE les cadres n° 6, 7, 8, 9, 14, 16, le cas échéant n° 10, 13.

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

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

2 NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Nationalité _____ 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 _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

3 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE
 Conjoint ou pacsé COLLABORATEUR (préciser pour celui-ci) Conjoint ou pacsé SALARIE
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays _____

4A DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE 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 _____

4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)
 Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC

5 CONTRAT D'APPUI Date de fin de contrat _____ N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur intercalaire PO' cadre 5.

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

6 DENOMINATION _____
SIGLE _____ Numéro unique d'identification _____
ADRESSE DU SIEGE (Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit) _____
Code postal _____ Commune _____

7 FORME JURIDIQUE _____
Pour le dirigeant qui relève des TNS, indiquer :
Nom de naissance _____
Prénoms _____
Numéro de sécurité sociale _____

DECLARATION RELATIVE A L'ACTIVITE

8 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _____
Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____
Préciser le secteur le plus important _____

9 EFFECTIF SALARIE : non oui, nombre : _____
Vous embauchez un premier salarié oui non

10 SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE, préciser celle-ci : Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

 PERSONNE PHYSIQUE **Vous optez pour le régime micro-entrepreneur** **PERSONNE MORALE****Complément au M0 de constitution de la société**

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement pour :

PERSONNE PHYSIQUE les cadres n° 1, 2, 8, 9, 11, 12, 14, 16, le cas échéant n° 3, 4A, 4B, 5, 10, 13, 15.

REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres n° 1, 2, 8, 11, 11B, 14, 16, éventuellement les autres cadres sauf les n° 6 et 7.

PERSONNE MORALE les cadres n° 6, 7, 8, 9, 14, 16, le cas échéant n° 10, 13.

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

1 **Avez-vous déjà exercé une activité non salariée** oui non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _____2 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Nationalité _____ 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* _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE** Conjoint ou pacsé COLLABORATEUR (*préciser pour celui-ci*) Conjoint ou pacsé SALARIE

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

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

4A **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE 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 _____4B **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)** Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
*Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC*5 **CONTRAT D'APPUI** Date de fin de contrat _____ N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui *sur intercalaire PO' cadre 5.*

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

6 **DENOMINATION** _____

SIGLE _____ Numéro unique d'identification _____

ADRESSE DU SIEGE (*Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit*) _____

Code postal _____ Commune _____

7 **FORME JURIDIQUE** _____

DECLARATION RELATIVE A L'ACTIVITE

8 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** _____

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

Préciser le secteur le plus important _____

9

10 **SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE, préciser celle-ci** : *Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit*

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

11

11B

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

12

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

13

OBSERVATIONS : _____

14

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

15

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.

16

LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

LE DECLARANT (désigné au cadre 2)

LE REPRESENTANT LEGAL OU **LE MANDATAIRE**

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

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

Intercalaire PEIRL oui non

Nombre d'intercalaire(s) [][]

SIGNATURE