TNS

cerfa 11686*08

Imprimer | Réinitialiser

Intercalaire

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

RESERVE AU CFE U E F K

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DE L'IMPRIME : ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile ☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des ayants droits

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 DENOMINATION SOCIALE _____

Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE

3 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____

Prénoms _____ Qualité _____

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Votre conjoint collaborateur est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ Oui ☐ Non

ASSURANCE MALADIE – Régime actuelt : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ ENIM ☐ Autre _____

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

Date de cessation |_|_|_|_|_|_|_|_|

Exercice simultané d'une autre activité : ☐ oui ☐ non

Si oui, serez-vous simultanément : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre (*préciser*) _____

Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des paticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes biologiste, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

4 POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé qui a choisi le statut de ☐ **collaborateur (gérant associé unique ou gérance majoritaire) ou** ☐ **d'associé (gérance majoritaire)**

Indiquer son n° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| **POUR LE CONJOINT ASSOCIE :** Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Nationalité _____

POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTE POUR LE REGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 OBSERVATIONS : _____

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment 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, 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).

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

6 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*
☐ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE