

Déclaration n°.....
reçue le.....
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, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 Selon votre situation les cadres N°3, 4, 5, 5bis, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18
Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun

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 19

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 14) Conjoint ou pacsé salarié

5 **DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**
 Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de

5 B **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 **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat |_|_|_|_|_|_|_|_|
Remplir l'intercalaire P0' cadre 5

7 **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 P0'

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 A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** Remplir cadre 9
 Etablissement où vous exercez votre activité
 Dans une entreprise de domiciliation

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

9 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....
Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune.....
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire.....

1 **ORIGINE DU FONDS**
 Création passer directement au cadre suivant
 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre

10 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées
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.....

3 **Précédent exploitant :** N°unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination.....
Nom d'usagePrénoms.....

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.....
Domicile /Siège.....
Code postal |_|_|_|_|_| Commune.....

11 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :**.....
ENSEIGNE.....

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

12 **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

14 CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

Nom de naissanceNom d'usagePrénoms
 Nationalité Né(e) le ____/____/____ Dépt. ____ Commune / Pays

15 PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT PROPRIETAIRE INDIVIS

Nom de naissanceNom d'usage.....Prénoms.....
 DomicileCode 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

16

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 OBSERVATIONS :

19 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n°---- Autre : Tél.....Tél.....
 Code postal ____/____ Commune..... Télécopie / courriel

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
 Formulaires : PEIRL: oui non / AQPA : oui non
 Nombre d'intercalaire(s) : PO' / NDI ..

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

Déclaration n°.....
reçue le.....
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, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 Selon votre situation les cadres N°3, 4, 5, 5bis, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18

Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **NOM DE NAISSANCE**.....
Nom d'usage.....
PrénomsPseudonyme.....
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 19

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 14) Conjoint ou pacsé salarié

5 **DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**
 Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de

5 B **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 **CONTRAT D'APPUI**
Remplir l'intercalaire P0' cadre 5

7 **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 P0'

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** Remplir cadre 9
 Etablissement où vous exercez votre activité
 Dans une entreprise de domiciliation

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

9 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....
Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune.....
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire.....

1 **ORIGINE DU FONDS**
 Création passer directement au cadre suivant
 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre

10 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées

3 **Précédent exploitant** : N°unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination.....
Nom d'usagePrénoms.....

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.....
Domicile /Siège.....
Code postal |_|_|_|_|_| Commune.....

11 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL** :
ENSEIGNE.....

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

12

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

14 **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR**
 Nom de naissanceNom d'usagePrénoms
 Nationalité Né(e) le [] [] [] [] [] [] Dépt. [] [] Commune / Pays

15 **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT** **PROPRIETAIRE INDIVIS**
 Nom de naissanceNom d'usage.....Prénoms.....
 DomicileCode 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

16 **VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE** [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
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 EUROPEENNE : Titre de séjour N° [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] délivré à expirant le [] [] [] [] [] []
CONJOINT : Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non
 Pour le conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) 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

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17 **B.I.C** Micro
 Réel simplifié
 Réel normal
 Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois) [] [] []

T.V.A : Franchise en base
 Réel simplifié
 Mini-réel Réel normal
 Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.
 Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000€ / an

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 **OBSERVATIONS :**

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

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.

<p>20 <input type="checkbox"/> LE DECLARANT <i>Désigné au cadre 2</i> <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i> nom, prénom / dénomination et adresse</p>	<p align="center">Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à..... Le Formulaires : PEIRL: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / AQPA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI ..</p>	<p align="center">SIGNATURE</p> <p align="center">Signer chaque feuillet séparément</p>
--	---	---