P0 PL cosa

N°11768*01

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE G U I D B F H K T

Déclaration n° _____

reçue le _____ **transmise le** _____

1

❒ **PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE** ❒ **AGENT COMMERCIAL**

Avez-vous déjà exercé une activité non salariée ❒ **oui** ❒ **non** Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, selon votre situation les cadres 4, 7, 9, 9bis 12.

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pseudonyme _____

Nationalité _____ Sexe ❒ M ❒ F

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_| Commune / Pays *si à l'étranger* _____

Domicile personnel : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays *si à l'étranger* _____

DECLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU A L'ETABLISSEMENT

3

Vous exercez votre activité à :

❒ Une adresse professionnelle, **indiquez celle-ci au cadre 4**

❒ Votre domicile personnel, **passez directement au cadre 5**

4

ADRESSE PROFESSIONNELLE : Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

5

Date de début D'ACTIVITE |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité(s) exercée(s) : _____

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

Vous exercez une activité saisonnière ❒ indiquez la ou les période(s) d'activité _____

6

ORIGINE DE L'ACTIVITE :

❒ Création, **passer directement au cadre suivant**

❒ Reprise

Prédécesseur ou précédent exploitant : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pour une personne physique

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pour une personne morale : Dénomination _____

7

ENSEIGNE (s'il y a lieu) _____

8

EFFECTIF SALARIE : ❒ non ❒ oui, nombre : |_|_|

Date d'embauche du 1er salarié |_|_|_|_|_|_|_|_|

DECLARATION D'UNE EXPLOITATION EN COMMUN

Suite sur intercalaire P0'

9

Identité des co exploitants

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_| Commune / Pays *si à l'étranger* _____

Domicile : Rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_| Commune / Pays *si à l'étranger* _____

Domicile : Rés, bât., n°, voie, lieudit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

9 bis

Exploitation en commun : Nom _____

si attribué, N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

10

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| **Votre conjoint** est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ❒ oui ❒ non

Pour les étrangers (sauf Union Européenne) : Titre de séjour n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| délivré à _____ expirant le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Votre régime d'assurance maladie actuel : ❒ Régime général ❒ Agricole ❒ Non salarié non agricole ❒ Autre _____

Assurance maladie : organisme choisi _____ n° |_|_|

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : _____ Dépt. |_|_| Commune / Pays *si étranger* _____

Date de cessation |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Resterez-vous simultanément ❒ Salarié ❒ Salarié agricole ❒ Retraité / Pensionné ❒ Autre _____

Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise ❒ oui ❒ non

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Suite sur intercalaire(s) P0'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé oui	Enfant scolarisé non	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				
			☐	☐				

OPTION(S) FISCALE(S)

11

B.N.C : ❒ Régime spécial B.N.C ❒ Déclaration contrôlée ❒ Option pour la tenue d'une comptabilité créances / dettes

T.V.A : ❒ Franchise en base ❒ Réel simplifié ❒ Réel normal ❒ Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond (voir notice fiscale)

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

12

OBSERVATIONS :

13

ADRESSE de correspondance ❒ Déclarée au cadre n° ___ ❒ Autre _____

_____ Code Postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Téléphone(s) _____

Fax / e-mail _____

14

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des informations inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales

❒ **LE DECLARANT** *désigné au cadre 2*

❒ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

le _____

Nombre d'intercalaire(s) :

SIGNATURE

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques.