

Imprimer

Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITÉ exercée sous le régime micro-social (hors professions réglementées)

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

DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL
remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

IDENTITÉ

3 NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms
Nationalité Sexe M F Né(e) le JJMM/AAAA Dépt. Commune
Pays si né à l'étranger
Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit
Code postal Commune
Pays si à l'étranger Le cas échéant, ancienne commune

4 Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière dans l'entreprise oui non
Si oui, choix d'un statut (et préciser ci-dessous) : collaborateur (durée globale limitée à cinq ans) salarié
Nom de naissance Nom d'usage Prénoms
Nationalité Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3)
Code postal Commune Dépt. Pays
Né(e) le JJMM/AAAA Dépt. Commune Pays (si à l'étranger)

ACTIVITÉ

5 Vous exercez votre activité à : Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6
 Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit
Code postal Commune Le cas échéant, ancienne commune

6 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ JJMM/AAAA
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (ambulant)
Activité(s) exercée(s)
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

NOM COMMERCIAL (le cas échéant) :

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 **VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE**
POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPÉENNE : Titre de séjour N° délivré à _____ expirant le

Exercice simultané d'une autre activité : oui non
Si oui, serez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre (préciser) _____
VOUS ÊTES AU RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ : périodicité du versement des cotisations mensuelle trimestrielle

CONJOINT COLLABORATEUR : Votre conjoint marié, pacsé ou concubin est-il couvert par un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une autre activité professionnelle, du versement d'une pension (retraite / pension d'invalidité) ou d'études oui non
Indiquer son n° de sécurité sociale :

OPTION FISCALE HORS EIRL

8 **VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO FISCAL – Spécial Bénéfices Non Commerciaux (Spécial BNC)**
Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur les recettes (sous conditions cf. notice) Oui Non

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS** : _____

10 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° 3 Déclarée au cadre n° 5 Autre : _____
Code postal Commune _____
Tél. _____ Tél. _____
Télécopie / courriel _____

11 Les informations sont transmises aux organismes destinataires 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, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), 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).
 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 une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, au RSEIRL 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.**

12 <input type="checkbox"/> LE DÉCLARANT <i>Désigné au cadre 3</i> <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE Nom, prénom/ dénomination et adresse Code postal <input type="text" value=""/> Commune _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés. Fait à _____ Le <input type="text" value="JJMM/AAAA"/> Intercalaire PEIRL PL/AC : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre d'intercalaire(s) PO' _____	SIGNATURE Signer chaque feuillet séparément

Imprimer

Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITÉ exercée sous le régime micro-social (hors professions réglementées)

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

DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

2B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL
remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

IDENTITÉ

3 NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms
Nationalité Sexe M F Né(e) le JJMM/AAAA Dépt. Commune
Pays si né à l'étranger
Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit
Code postal Commune
Pays si à l'étranger Le cas échéant, ancienne commune

4 Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière dans l'entreprise oui non
Si oui, choix d'un statut (et préciser ci-dessous) : collaborateur (durée globale limitée à cinq ans) salarié
Nom de naissance Nom d'usage Prénoms
Nationalité Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3)
Code postal Commune Dépt. Pays
Né(e) le JJMM/AAAA Dépt. Commune Pays (si à l'étranger)

ACTIVITÉ

5 Vous exercez votre activité à : Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6
 Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit
Code postal Commune Le cas échéant, ancienne commune

6 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ JJMM/AAAA
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (ambulant)
Activité(s) exercée(s)
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

NOM COMMERCIAL (le cas échéant) :

DÉCLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7

OPTION FISCALE HORS EIRL

8

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

9

OBSERVATIONS :

10

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° 3 Déclarée au cadre n° 5 Autre : _____

Tél. _____ Tél. _____

Télécopie / courriel _____

Code postal Commune _____

11

Les informations sont transmises aux organismes destinataires 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, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), 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).

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 une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, au RSEIRL 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.

12

LE DÉCLARANT *Désigné au cadre 3*

LE MANDATAIRE

Nom, prénom/ dénomination et adresse

Code postal Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés.

Fait à _____

Le

Intercalaire PEIRL PL/AC : oui non

Nombre d'intercalaire(s) PO' _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément