

## DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ AGENT COMMERCIAL

RÉSERVÉ AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Reçue le \_\_\_\_\_

Transmise le \_\_\_\_\_

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

**POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE. REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR :**

**PERSONNE PHYSIQUE** les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 16, le cas échéant N° 3, 4, 5, 5bis, 6, 11, 14.

**RÉGIME AUTO-ENTREPRENEUR** les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12 bis, 15, 16, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.

**PERSONNE MORALE** les cadres N° 7, 8, 9, 10, 15, 16, le cas échéant N° 11, 14.

### DÉCLARATION RELATIVE À 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 \_\_\_\_\_

**3** **AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**

Vous déposez une demande d'ACCRE avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

**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 (préciser pour celui-ci)       Conjoint ou pacsé SALARIÉ

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_

**5**  **DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**

Déclaration publiée au bureau des hypothèques ou au livre foncier de : \_\_\_\_\_

**5 bis** **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)**

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :  
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL/AC

**6**  **CONTRAT D'APPUI** Date de fin de contrat \_\_\_\_\_

N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur intercalaire P0' cadre 5.

### DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

**7** **DÉNOMINATION** \_\_\_\_\_

SIGLE \_\_\_\_\_ Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

**ADRESSE DU SIÈGE** : (rés., bât., n°, voie, lieu-dit) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays si à l'étranger \_\_\_\_\_

**8** **FORME JURIDIQUE** \_\_\_\_\_

**Pour le dirigeant qui relève des TNS, indiquer :**

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION RELATIVE À L'ACTIVITÉ

**9** **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** \_\_\_\_\_

Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) \_\_\_\_\_

Préciser le secteur le plus important \_\_\_\_\_

**10** **EFFECTIF SALARIÉ** :  non  oui, nombre : \_\_\_\_\_

Vous embauchez un premier salarié  oui  non

**11** **SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE**

préciser celle-ci : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

# DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

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

Pour le conjoint marié ou pacsé collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Pour les étrangers (sauf ressortissants de l'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, précisez laquelle : \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Date de cessation \_\_\_\_\_

Resterez-vous simultanément :  Salarié  Salarié agricole  Retraité / Pensionné  Autre \_\_\_\_\_

## 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 étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

12 BIS

## RÉGIME SOCIAL ET FISCAL DE L'AUTO-ENTREPRENEUR

**Option régime micro-social simplifié**  oui  non (vous ne pouvez bénéficier de ce régime que si vous choisissez le régime fiscal micro)

Vous avez opté pour le régime micro-social simplifié, choix du versement des cotisations  trimestriel  mensuel

**Régime spécial B.N.C (fiscal micro)**  Option versement libératoire (vous ne pouvez bénéficier de cette option que si vous relevez du régime fiscal micro et du régime micro-social)

## OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

**B.N.C :**  Régime spécial B.N.C (fiscal micro)  Déclaration contrôlée, dans ce cas  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 de 4 000 €/an.

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

14

### OBSERVATIONS :

15

**ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Fax / mèl \_\_\_\_\_

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.  
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

16

<p><b>LE DÉCLARANT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL</b> affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L. 134-1 et suivants du code de commerce.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>LE DÉCLARANT</b> (désigné au cadre 2)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>LE REPRÉSENTANT LÉGAL OU</b> <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> <i>nom, prénom/dénomination et adresse</i></p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés</p> <p>Fait à _____</p> <p>Le _____</p> <p>Formulaire PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Formulaire ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Nombre d'intercalaire(s) _____</p>	<p>Déclaration n° _____</p> <p><b>SIGNATURE</b></p>
--	--	---

## DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ AGENT COMMERCIAL

RÉSERVÉ AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Reçue le \_\_\_\_\_

Transmise le \_\_\_\_\_

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

**POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE. REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR :**

**PERSONNE PHYSIQUE** les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 16, le cas échéant N° 3, 4, 5, 5bis, 6, 11, 14.

**RÉGIME AUTO-ENTREPRENEUR** les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12 bis, 15, 16, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.

**PERSONNE MORALE** les cadres N° 7, 8, 9, 10, 15, 16, le cas échéant N° 11, 14.

### DÉCLARATION RELATIVE À 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 \_\_\_\_\_

**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 (préciser pour celui-ci)       Conjoint ou pacsé SALARIÉ

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_

**5**  **DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**

Déclaration publiée au bureau des hypothèques ou au livre foncier de : \_\_\_\_\_

**5 bis** **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)**

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :  
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL/AC

**6**  **CONTRAT D'APPUI**

N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur intercalaire P0' cadre 5.

### DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

**7** **DÉNOMINATION** \_\_\_\_\_

SIGLE \_\_\_\_\_ Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

**ADRESSE DU SIÈGE** : (rés., bât., n°, voie, lieu-dit) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays si à l'étranger \_\_\_\_\_

**8** **FORME JURIDIQUE** \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION RELATIVE À L'ACTIVITÉ

**9** **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** \_\_\_\_\_

Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) \_\_\_\_\_

Préciser le secteur le plus important \_\_\_\_\_

**11** **SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE**

préciser celle-ci : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

12  
BIS

### OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

14

#### OBSERVATIONS :

15

**ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_  
Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Fax / mèl \_\_\_\_\_

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.  
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

16

**LE DÉCLARANT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL** affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L. 134-1 et suivants du code de commerce.

**LE DÉCLARANT** (désigné au cadre 2)

**LE REPRÉSENTANT LÉGAL OU**  **LE MANDATAIRE**  
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Formulaire PEIRL :  oui  non

Formulaire ACCRE :  oui  non

Nombre d'intercalaire(s) \_\_\_\_\_

Déclaration n° \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**