P0 CMB

Sauf micro-entrepreneur

cerfa 11676*08

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

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, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 20

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

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

4 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur (*remplir cadre 14*) ☐ Conjoint ou pacsé salarié

5 **DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**

☐ RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de _____

☐ DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de _____

5B **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'

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

☐ Votre domicile personnel *passer au cadre 10*

8B ☐ 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 _____

10 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Autre(s) activité(s) _____

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* _____

11 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL : _____

ENSEIGNE _____

12 **EFFECTIF SALARIÉ :** ☐ non ☐ oui, nombre : |_| dont : |_| apprentis |_| VRP

Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

13 **ORIGINE DU FONDS**

☐ Création *passer directement au cadre suivant*

☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat

☐ Achat, Partage, Licitation

☐ Autre _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

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 _____

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

Greffe d'immatriculation _____

Achat, Partage, Licitation : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du journal _____

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

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14 ☐ **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR**

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

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

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____ Code 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** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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*) _____

ASSURANCE MALADIE : organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés choisi (sauf activité relevant du régime agricole) _____ N° |_|_|_|

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

CONJOINT COLLABORATEUR : Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) 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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

MINEUR(S) DEVANT 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 oui	Enfant scolarisé non	Nationalité
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17 **Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) :**

☐ Micro-fiscal (uniquement pour les personnes relevant de la MSA ou de l'ENIM)

☐ 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 _____

20 ☐ Je demande à ce 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 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.

21 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le _____

Intercalaire(s) : PEIRL : ☐ oui ☐ non / JQPA : _____

ACCRE : ☐ oui ☐ non / NDI : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' ___

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

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

P0 CMB
Sauf micro-entrepreneur

cerfa 11676*08

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

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, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 20

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

3

4 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur (*remplir cadre 14*) ☐ Conjoint ou pacsé salarié

5 **DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**

☐ RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de _____

☐ DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de _____

5B **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'

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
- ☐ Votre domicile personnel *passer au cadre 10*

8B ☐ 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 _____

10 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Autre(s) activité(s) _____

11 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL : _____

ENSEIGNE _____

12

13 **ORIGINE DU FONDS**
- ☐ Création *passer directement au cadre suivant*
- ☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat
- ☐ Achat, Partage, Licitation
- ☐ Autre _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

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 _____

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

Greffe d'immatriculation _____

Achat, Partage, Licitation : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du journal _____

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

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14 ☐ **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR**

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

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

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____ Code 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 : _____

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

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

20 ☐ Je demande à ce 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 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.

21 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le _____

Intercalaire(s) : PEIRL : ☐ oui ☐ non / JQPA : _____

ACCRE : ☐ oui ☐ non / NDI : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' ___

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

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