P0 PL cerfa 11768*08

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

PERSONNE PHYSIQUE
PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE ET ARTISTE AUTEUR

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1 ☐ **Profession libérale et assimilée** ☐ **Artiste Auteur**

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

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE
Pour les professions libérales et assimilées, remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres 11, 13
Pour les artistes auteurs, remplir dans tous les cas les cadres n° 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres n° 11, 13

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ☐ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)**

2B ☐ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)** *remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC*

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3
NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Pseudonyme _____ Sexe ☐ M ☐ F
Nationalité _____
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* _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

4
Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise ☐ oui ☐ non
Si oui, choix d'un statut *(et préciser ci-dessous)* **:** ☐ collaborateur ☐ salarié
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune _____
Pays _____
Domicile *(si différent de celui déclaré au cadre 3)* _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

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

5
VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A : ☐ **Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6** ☐ **Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous**
LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITE (bureau, cabinet, établissement) *Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit* _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

6
DATE DE DEBUT 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 :

☐ Activité non sédentaire (ambulant)

PROFESSION DE SANTE :

Statut :
☐ Titulaire
☐ Remplaçant
☐ Remplaçant offre simplifiée

Spécialité :
☐ Chirurgien-dentiste
☐ Infirmier
☐ Médecin sect 1 généraliste
☐ Médecin sect 1 spécialiste
☐ Médecin sect 2 régime TI
☐ Médecin sect 2 régime PAMC
☐ Masseur kinésithérapeute
☐ Orthophoniste
☐ Orthoptiste
☐ Pédicure podologue régime TI
☐ Pédicure podologue régime PAMC
☐ Sage-femme
☐ Autre _____

7
ORIGINE DE L'ACTIVITE : ☐ Création
☐ 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 _____

8
EFFECTIF SALARIE : ☐ non ☐ oui, nombre : |_|_|_|
Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

DECLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

9

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE : 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*) _____

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

☐ **Vous êtes marin professionnel**

Si vous êtes artiste auteur : ☐ Option pour la pratique du précompte des cotisations par le diffuseur

Numéro de praticien (ADELI / RPPS) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR : Votre conjoint marié ou pacsé 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(S) FISCALE(S) HORS EIRL

10

Bénéfices Non Commerciaux (B.N.C) :
- ☐ Régime spécial B.N.C (micro fiscal)
- ☐ 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

Bénéfices Industriels et Commerciaux (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
☐ Réel normal ☐ Mini-réel
☐ 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 4 000 € /an

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

11

OBSERVATIONS : _____

12

ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° ☐ ☐ Autre _____

_____ Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

13

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

14

☐ **LE DECLARANT** 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 ☐ oui ☐ non
Nombre d'intercalaire(s) P0' ☐☐

Déclaration n° _____

SIGNATURE

P0 PL cerfa 11768*08

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

PERSONNE PHYSIQUE
PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE ET ARTISTE AUTEUR

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1 ☐ **Profession libérale et assimilée** ☐ **Artiste Auteur**

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

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE
Pour les professions libérales et assimilées, remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres 11, 13
Pour les artistes auteurs, remplir dans tous les cas les cadres n° 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 – selon votre situation les cadres n° 11, 13

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ☐ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)**

2B ☐ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)** *remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC*

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3

NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Pseudonyme _____ Sexe ☐ M ☐ F
Nationalité _____
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* _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

4

Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise ☐ oui ☐ non
Si oui, choix d'un statut *(et préciser ci-dessous)* **:** ☐ collaborateur ☐ salarié
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune _____
Pays _____
Domicile *(si différent de celui déclaré au cadre 3)* _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

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

5

VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A : ☐ **Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6** ☐ **Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous**
LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITE (bureau, cabinet, établissement) *Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit* _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

6

DATE DE DEBUT 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 :

☐ Activité non sédentaire (ambulant)

PROFESSION DE SANTE :

Statut :
☐ Titulaire
☐ Remplaçant
☐ Remplaçant offre simplifiée

Spécialité :
☐ Chirurgien-dentiste
☐ Infirmier
☐ Médecin sect 1 généraliste
☐ Médecin sect 1 spécialiste
☐ Médecin sect 2 régime TI
☐ Médecin sect 2 régime PAMC
☐ Masseur kinésithérapeute
☐ Orthophoniste
☐ Orthoptiste
☐ Pédicure podologue régime TI
☐ Pédicure podologue régime PAMC
☐ Sage-femme
☐ Autre _____

7

ORIGINE DE L'ACTIVITE : ☐ Création
☐ 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 _____

8

DECLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

9

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

10

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

11 **OBSERVATIONS :** _____

12 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° ☐ ☐ Autre _____

_____ Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

13 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.
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposerez à des poursuites.

14 ☐ **LE DECLARANT** 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 ☐ oui ☐ non
Nombre d'intercalaire(s) P0' ☐

Déclaration n° _____

SIGNATURE