

Déclaration n°.....
reçue le.....
transmise le.....

PERSONNE PHYSIQUE

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, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 19 Selon votre situation les cadres N°3, 4, 5, 5bis, 6, 8, 10, 13, 14, 17

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE.....
Nom d'usage.....
PrénomsPseudonyme.....
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 18

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 (remplir cadre 13) Conjoint ou pacsé salarié

5 DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)
 Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de

5 B 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 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'

3 AIDE AUX CHOMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)
Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 ADRESSE DE L'ENTREPRISE Etablissement où vous exercez votre activité Votre domicile personnel
Remplir cadre 8 Dans une entreprise de domiciliation passer au cadre 9

7 B Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E préciser le code postal et la commune du marché principal : |_|_|_|_|_|_|_|_|

8 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....
Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune.....
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire.....

1 ORIGINE DU FONDS Création passer directement au cadre suivant
2 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées
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.....

Précédent exploitant : N°unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination.....
Nom d'usagePrénoms.....

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.....

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :
ENSEIGNE.....

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

11 EFFECTIF SALARIÉ : non oui, nombre : |_|_| dont : |_|_| apprentis |_|_| VRP
Vous embauchez un premier salarié oui non

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

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

13

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

Nom de naissanceNom d'usagePrénoms
Nationalité Né(e) le _____ Dépt. ___ Commune / Pays

14

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT PROPRIETAIRE INDIVIS

Nom de naissanceNom d'usage.....Prénoms.....
DomicileCode 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

15

VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____

VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ : périodicité du versement des cotisations mensuelle trimestrielle

ASSURANCE MALADIE : Régime antérieur à la déclaration : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre.....

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés (sauf activité relevant du régime agricole) N°_____

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle :Dépt. ___ Commune.....Date de cessation _____

Resterez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays.....

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE : Titre de séjour N°_____ délivré à expirant le _____

CONJOINT: Votre conjoint marié ou pacsé est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non

Pour le conjoint marié ou pacsé qui a choisi le statut de collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale : _____

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
oui non

Nationalité

Pour les ressortissants hors Union Européenne de plus de 18 ans
N° du titre de séjour
Délivré à
Expirant le

OPTION FISCALE HORS EIRL

16

VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC) : Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu oui non

Versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes (sous conditions, cf. notice P0 CMB micro-entrepreneur).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17

OBSERVATIONS :

18

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n°---- Autre :
Code postal _____ Commune.....

Tél.....Tél.....
Télécopie / courriel

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.

19

LE DECLARANT Désigné au cadre 2
 LE MANDATAIRE ayant procuration
nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à..... Le

Formulaires : PEIRL: oui non / AQPA : oui non
ACCRE : oui non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI ..

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

Déclaration n°.....
reçue le.....
transmise le.....

PERSONNE PHYSIQUE

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, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 19 Selon votre situation les cadres N°3, 4, 5, 5bis, 6, 8, 10, 13, 14, 17

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE.....
Nom d'usage.....
PrénomsPseudonyme.....
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 18

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 (remplir cadre 13) Conjoint ou pacsé salarié

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

Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de

5 B 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 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'

3

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 ADRESSE DE L'ENTREPRISE Remplir cadre 8 Etablissement où vous exercez votre activité Dans une entreprise de domiciliation

Votre domicile personnel passer au cadre 9

7 B Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E préciser le code postal et la commune du marché principal : |_|_|_|_|_|_|_|.....

8 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....
Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune.....
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire.....

1 ORIGINE DU FONDS Création passer directement au cadre suivant
2 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre

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

Nom de naissance / Dénomination.....

Nom d'usagePrénoms.....

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.....

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :
ENSEIGNE.....

11

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

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

13 CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

Nom de naissanceNom d'usagePrénoms
 Nationalité Né(e) le ____/____/____ Dépt. ____ Commune / Pays

14 PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT PROPRIETAIRE INDIVIS

Nom de naissanceNom d'usage.....Prénoms.....
 DomicileCode 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

15

OPTION FISCALE HORS EIRL

16

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 OBSERVATIONS :

18 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n°---- Autre : Tél.....Tél.....
 Code postal ____ Commune..... Télécopie / courriel

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.

19 **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*
 LE MANDATAIRE *ayant procuration*
nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à..... Le
 Formulaires : PEIRL: oui non / AQPA : oui non
 Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI ..

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément