

PERSONNE PHYSIQUE

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 DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres : n° 2A, 2B, 4, 5, 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.

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)**

2B **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) remplir l'intercalaire PEIRL CM**

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **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 _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

5 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE 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 _____

4 Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise oui non
Si oui, choix d'un statut : collaborateur salarié (remplir obligatoirement le cadre 13)

6 **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7A **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

7B 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'ETABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification _____
Nom du domiciliataire _____

11 **ORIGINE DU FONDS** Création passer directement au cadre suivant
 Location – Gérance Gérance – Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 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 _____

9 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** _____
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant)
Activité(s) exercée(s) dans l'établissement _____
Activité principale _____
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 _____

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

10 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____
ENSEIGNE : _____

Achat, Partage, Licitacion : Support habilité d'annonces légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Date de parution _____ Nom du support _____

12 **EFFECTIF SALARIE** : non oui, nombre : dont : apprentis VRP Vous embauchez un premier salarié oui non

DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

13 **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR / OU CONJOINT MARIE OU PACSE SALARIE**

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Né(e) le Dépt. Commune _____ Pays _____

14 **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 _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15 **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) _____

VOUS ETES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE : périodicité du versement des cotisations mensuelle trimestrielle

CONJOINT MARIE OU PACSE 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 :

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

16 **VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (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 CM micro-entrepreneur).

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS** : _____

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

19 Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment 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 ni utilisées par des tiers (cf. notice).

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, 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.

20 **LE DECLARANT** Désigné au cadre 3

LE MANDATAIRE ayant procuration

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Code postal Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le

Intercalaire(s) : PEIRL CM : oui non /
JQPA (justification de qualification professionnelle artisanale) :

NDI : oui non P0'

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

PERSONNE PHYSIQUE

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 DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres : n° 2A, 2B, 4, 5, 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.

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)**

2B **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) remplir l'intercalaire PEIRL CM**

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **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 _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

5 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE 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 _____

4 Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise oui non
Si oui, choix d'un statut : collaborateur salarié (remplir obligatoirement le cadre 13)

6 **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7A **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

7B 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'ETABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification _____
Nom du domiciliataire _____

11 **ORIGINE DU FONDS** Création passer directement au cadre suivant
 Location – Gérance Gérance – Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
Nom de naissance / Dénomination _____

9 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** _____
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant)
Activité(s) exercée(s) dans l'établissement _____
Activité principale _____

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 _____

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 _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile / Siège _____
Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandant _____
Greffe d'immatriculation _____

10 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____
ENSEIGNE : _____

Achat, Partage, Licitacion : Support habilité d'annonces légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Date de parution _____ Nom du support _____

12 **EFFECTIF SALARIE** : non oui, nombre : dont : apprentis VRP Vous embauchez un premier salarié oui non

DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

13 **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR / OU CONJOINT MARIE OU PACSE SALARIE**

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Né(e) le Dépt. Commune _____ Pays _____

14 **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 _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

16

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS** : _____

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

19 Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment 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 ni utilisées par des tiers (cf. notice).

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, 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.

20 **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*

LE MANDATAIRE *ayant procuration*

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Code postal Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le

Intercalaire(s) : PEIRL CM : oui non /
JQPA (justification de qualification professionnelle artisanale) :

NDI : oui non P0'

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément