

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 (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 : _____ Tél _____ Tél _____
Code postal [] Commune _____ Télécopie / courriel _____

19 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 *Designé 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 : []

NDI : oui non P0' []

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

