

P0 PL



DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

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 obligatoirement les cadres n° 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 selon votre situation les cadres 3, 4, 4 B, 11, 13

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2 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 _____

3 AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

Vous déposez une demande d'ACCRE 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 RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE

Conjoint ou pacsé collaborateur (préciser pour celui-ci) Conjoint ou pacsé salarié

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____

Né(e) le Dépt. Commune / Pays _____

Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 2) _____

Code postal Commune _____

4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC.

5 VOUS EXERCÉZ VOTRE ACTIVITÉ A : Votre domicile personnel, passer directement au cadre 6 Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous

LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITÉ (bureau, cabinet, établissement)

Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit _____ Code postal Commune _____6 DATE DE DÉBUT D' ACTIVITÉ

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 (forain)

7 ORIGINE DE L'ACTIVITÉ :

 Création (passer directement au cadre suivant) Reprise

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

CONJOINT 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 : [_____]

MINEUR(S) DEVANT BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT 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
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

10

Bénéfices Non Commerciaux (BNC) : 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 4000 € / an

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

11 OBSERVATIONS :

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

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 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 2

LE MANDATAIRE

nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Intercalaire PEIRL oui non

Intercalaire ACCRE oui non

Nombre d'intercalaire(s) PO' _____

Déclaration N° _____

SIGNATURE

P0 PL



DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

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 obligatoirement les cadres n° 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 selon votre situation les cadres 3, 4, 4 B, 11, 13

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2 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 _____

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 (*préciser pour celui-ci*) Conjoint ou pacsé salarié
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Nationalité _____
 Né(e) le Dépt. Commune / Pays _____
 Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 2) _____
 Code postal Commune _____

4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)
 Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC.

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

5 VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A : Votre domicile personnel, passer 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 _____

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 (forain)

7 ORIGINE DE L'ACTIVITE :
 Création (passer directement au cadre suivant)
 Reprise
Prédecesseur 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 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 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 2
 LE MANDATAIRE
nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le _____
Intercalaire PEIRL oui non
Intercalaire ACCRE oui non
Nombre d'intercalaire(s) PO' _____

Déclaration N° _____

SIGNATURE