Imprimer | Réinitialiser

AC0

cerfa 13847*05

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE AGENT COMMERCIAL

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

☐ **PERSONNE PHYSIQUE**

☐ **Vous optez pour le régime micro-entrepreneur**

☐ **PERSONNE MORALE**

Complément au M0 de constitution de la société

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 17, le cas échéant N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 11, 14, 16.
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12B, 15, 17, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.
PERSONNE MORALE les cadres N° 7, 8, 9, 10, 15, 17, le cas échéant N° 11, 14.

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

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

2 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F

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 RÉGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé COLLABORATEUR *(préciser pour celui-ci)* ☐ Conjoint ou pacsé SALARIE

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

5 **DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ 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 _____

5B **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

6 ☐ **CONTRAT D'APPUI** Date de fin de contrat |_|_|_|_|_|_|_|_| N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui *sur intercalaire P0' cadre 5.*

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7 **DENOMINATION** _____

SIGLE _____ Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE DU SIEGE *(Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit)*

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

8 **FORME JURIDIQUE** _____

Pour le dirigeant qui relève des TNS, indiquer :

Nom de naissance _____

Prénoms _____

Numéro de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

DECLARATION RELATIVE A L'ACTIVITE

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____

Préciser le secteur le plus important _____

10 **EFFECTIF SALARIE** : ☐ non ☐ oui, nombre : |_|_|

Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

11 **SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE**

préciser celle-ci : *Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit*

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire

Imprimer Réinitialiser

DECLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12 **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 _____ N° ☐☐☐

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

12B **REGIME SOCIAL ET FISCAL DU MICRO-ENTREPRENEUR**

Choix du versement de vos cotisations ☐ trimestriel ☐ mensuel

☐ Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13 **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

14 **OBSERVATIONS :**

15 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n°___ ☐ Autre : _____

_____ Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

16 ☐ 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 au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale 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.

17 **LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL** affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

☐ **LE DECLARANT** (désigné au cadre 2)

☐ **LE REPRESENTANT LEGAL OU** ☐ **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) ____

Déclaration N° _____

SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce formulaire.

Imprimer | Réinitialiser

AC0

cerfa 13847*05

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE AGENT COMMERCIAL

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

☐ **PERSONNE PHYSIQUE**

☐ **Vous optez pour le régime micro-entrepreneur**

☐ **PERSONNE MORALE**

Complément au M0 de constitution de la société

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 17, le cas échéant N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 11, 14, 16.
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12B, 15, 17, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.
PERSONNE MORALE les cadres N° 7, 8, 9, 10, 15, 17, le cas échéant N° 11, 14.

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

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

2 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F

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 SALARIE

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

5 **DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ 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 _____

5B **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

6 ☐ **CONTRAT D'APPUI** Date de fin de contrat |_|_|_|_|_|_|_|_| N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui *sur intercalaire P0' cadre 5.*

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7 **DENOMINATION** _____

SIGLE _____ Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE DU SIEGE *(Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit)*

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

8 **FORME JURIDIQUE** _____

DECLARATION RELATIVE A L'ACTIVITE

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____

Préciser le secteur le plus important _____

10

11 **SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE**

préciser celle-ci : *Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit*

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire

Imprimer Réinitialiser

DECLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

12B

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

14 **OBSERVATIONS :**

15 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n°___ ☐ Autre: _____
_____ Code postal ____ Commune _____
Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

16 ☐ 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 au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale 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.

17 **LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL** affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.
☐ **LE DECLARANT** (désigné au cadre 2)
☐ **LE REPRESENTANT LEGAL OU** ☐ **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) ____

Déclaration N° _____
SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce formulaire.