

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE
AGENT COMMERCIAL

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

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

☐ **PERSONNE MORALE**
Complément au M0 de constitution de la société

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 pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 9, 10, 12A, 13, 15, 17, le cas échéant n° 4, 5, 6, 11, 14, 16
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres n° 1, 3, 9, 12A, 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 et 14

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE uniquement pour un agent commercial personne physique

2A ☐ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)2B ☐ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) remplir l'intercalaire PEIRL PL-AC

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

3 **NOM DE NAISSANCE** _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F
Né(e) le _____
Dépt. _____ Commune _____
Pays _____
Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Pays _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

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 cadre 12A)

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 _____

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 4.

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 DEBUT 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 _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

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) _____

CONJOINT COLLABORATEUR OU SALARIE : 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 :

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
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

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 4 000 € / an

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

14	OBSERVATIONS :
----	----------------

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

16 ☐ 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 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. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

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 3)

☐ LE REPRESENTANT LEGAL OU ☐ LE MANDATAIRE

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Code postal | | | | Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le | | | | | | |

Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s)

SIGNATURE

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE
AGENT COMMERCIAL

RESERVE AU CFE GUIDB F K T

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

☐ **PERSONNE MORALE**
Complément au M0 de constitution de la société

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 pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres n° 1, 2A ou 2B, 3, 9, 10, 12A, 13, 15, 17, le cas échéant n° 4, 5, 6, 11, 14, 16
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres n° 1, 3, 9, 12A, 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 et 14

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE uniquement pour un agent commercial personne physique

2A ☐ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)2B ☐ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) remplir l'intercalaire PEIRL PL-AC

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

3 **NOM DE NAISSANCE** _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F
Né(e) le _____
Dépt. _____ Commune _____
Pays _____
Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Pays _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

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 cadre 12A)

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 _____

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 4.

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 DEBUT D'ACTIVITE** _____
Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____
Préciser le secteur le plus important _____

11 **SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE, préciser celle-ci : Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit** _____

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

10

	DECLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux		
12A			
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 que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers (<i>cf. notice</i>).		
	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. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.		
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 3) ☐ LE REPRESENTANT LEGAL OU ☐ LE MANDATAIRE Nom, prénom / dénomination et adresse _____ Code postal Commune _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non Nombre d'intercalaire(s)	SIGNATURE

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