

Déclaration n°.....
reçue le.....
transmise le.....

PERSONNE PHYSIQUE

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

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Remplir dans tous les cas les cadres N°1, 2, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 19 Selon votre situation les cadres N°3, 4, 5, 5bis, 6, 8, 10, 13, 14, 17

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE.....
Nom d'usage.....
PrénomsPseudonyme.....
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.....
Forain Commune de rattachement administratif : Code postal |_|_|_|_|_|
Nom de la commune.....
Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 18

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 (remplir cadre 13) Conjoint ou pacsé salarié

5 DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)

Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de

5 B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

6 AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN AUTRE ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE. Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

3 AIDE AUX CHOMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)
Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 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

7 B 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'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....
Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune.....
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire.....

1 ORIGINE DU FONDS Création passer directement au cadre suivant
2 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitacion
 Autre

Précédent exploitant : N°unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance / Dénomination.....

Nom d'usagePrénoms.....

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.....

Pour la gérance- mandat : N°unique d'identification du mandant |_|_|_|_|_|_|_|_|

Greffe d'immatriculation.....

Achat, Partage, Licitacion: Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du journal.....

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées
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.....

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :
ENSEIGNE.....

11 EFFECTIF SALARIÉ : non oui, nombre : |_|_| dont : |_|_| apprentis |_|_| VRP
Vous embauchez un premier salarié oui non

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

13 **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR**
 Nom de naissanceNom d'usagePrénoms
 Nationalité Né(e) le | | | | | | | | | | Dépt. | | | | | Commune / Pays

14 **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT** **PROPRIETAIRE INDIVIS**
 Nom de naissanceNom d'usagePrénoms
 DomicileCode postal | | | | | | Commune
Pour la personne ayant le pouvoir d'engager: Né(e) le | | | | | | | | | | Dépt. | | | | | Commune / Pays Nationalité

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15 **VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ : périodicité du versement des cotisations mensuelle trimestrielle
ASSURANCE MALADIE : Régime antérieur à la déclaration : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre.....
Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés (sauf activité relevant du régime agricole) N° | | | | |
Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle :Dépt. | | | | | Commune.....Date de cessation | | | | | | | | | |
Resterez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays.....
POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE : Titre de séjour N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | délivré à expirant le | | | | | | | | | |
CONJOINT: Votre conjoint marié ou pacsé est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non
 Pour le conjoint marié ou pacsé qui a choisi le statut de collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT

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		Nationalité	Pour les ressortissants hors Union Européenne de plus de 18 ans		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

OPTION FISCALE HORS EIRL

16 **VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL 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 CMB micro-entrepreneur).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS :**

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

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

<p>19 <input type="checkbox"/> LE DECLARANT <i>Désigné au cadre 2</i> <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i> nom, prénom / dénomination et adresse</p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à..... Le Formulaires : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / AQPA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI ..</p>	<p align="center">SIGNATURE</p> <p align="center">Signer chaque feuillet séparément</p>
--	---	---

Déclaration n°.....
reçue le.....
transmise le.....

PERSONNE PHYSIQUE

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

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Remplir dans tous les cas les cadres N°1, 2, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 19 Selon votre situation les cadres N°3, 4, 5, 5bis, 6, 8, 10, 13, 14, 17

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 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.....
Forain Commune de rattachement administratif : Code postal |_|_|_|_|_|
Nom de la commune.....
Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 18

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 (remplir cadre 13) Conjoint ou pacsé salarié

5 DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)

Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de

5 B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

6 AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN AUTRE ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE. Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

3

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 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

7 B 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'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....
Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune.....
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire.....

1 ORIGINE DU FONDS Création passer directement au cadre suivant
2 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitiation
 Autre

Précédent exploitant : N°unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance / Dénomination.....

Nom d'usagePrénoms.....

Location-Gérance ou Gérance-Mandat :

Dates du contrat : Début |_|_|_|_|_|_|_|_| fin |_|_|_|_|_|_|_|_|

Renouvellement par tacite reconduction oui non

Locuteur du fonds ou Mandant du fonds :

Nom de naissance /Dénomination.....

Nom d'usage.....Prénoms.....

Domicile /Siège.....

Code postal |_|_|_|_|_| Commune.....

Pour la gérance- mandat : N°unique d'identification du mandant |_|_|_|_|_|_|_|_|

Greffe d'immatriculation.....

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|_|
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :
.....
ENSEIGNE.....

11

Achat, Partage, Licitiation: Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du journal.....

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

13 CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

Nom de naissanceNom d'usagePrénoms
Nationalité Né(e) le ____/____/____ Dépt. ____ Commune / Pays

14 PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT PROPRIETAIRE INDIVIS

Nom de naissanceNom d'usage.....Prénoms.....
DomicileCode postal ____ Commune
Pour la personne ayant le pouvoir d'engager: Né(e) le ____/____/____ Dépt. ____ Commune / Pays.....Nationalité

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15

OPTION FISCALE HORS EIRL

16

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 OBSERVATIONS :

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

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

19 **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*
 LE MANDATAIRE *ayant procuration*
nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à..... Le
Formulaires : PEIRL: oui non / AQPA : oui non
Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI ..

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément