

DÉCLARATION DE CRÉATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E 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 DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20. Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16bis, 18
Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 13 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation commun

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE
Nom d'usage
Prénoms
Nationalité
Sexe
Né(e) le
Dépt.
Commune / Pays
Domicile
Code postal
Commune / Pays
Forain

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
Conjoint ou pacsé salarié

5 CONTRAT D'APPUI
Le déclarant bénéficie d'un contrat d'appui
Date de fin de contrat
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui
Dénomination
Siège
Code postal
Commune

6 DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)
Déclaration publiée aux hypothèques ou livre foncier de

7 AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE
Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire PO'

3 AIDE AUX CHÔMEURS 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 À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 ADRESSE DE L'ENTREPRISE
Établissement où vous exercez votre activité
Dans une entreprise de domiciliation
Votre domicile personnel
Ambulant ressortissant de l'U.E.

9 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT
rés., bât., app., étage, N°, voie, Lieu-dit
Code postal
Commune
DOMICILIAIRE : N° unique d'identification
Nom du domiciliaire

12 ORIGINE DU FONDS
Création
Achat, Partage, Licitacion
Location-gérance
Gérance-Mandat
Autre

10 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ
Activité : Permanente, Saisonnière, Non sédentaire
Activités exercées
Parmi ces activités, indiquer la plus importante

Précédent exploitant : N° unique d'identification
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage
Prénoms

Location-Gérance ou Gérance-Mandat :
Dates du contrat : Début, fin
Renouvellement par tacite reconduction

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 mandat
Greffet 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 :

Sa nature :
Commerce de détail, Transport, Services, Import export, Commerce de gros ou intermédiaire du commerce, Fabrication, production, Montage, installation, Réparation, Bât. travaux publics, Extraction, Autre
Son lieu d'exercice :
Magasin, Bureau, cabinet, Sur marché, En clientèle, Usine, Atelier, Dépôt, entrepôt, Sur chantier, Mine, carrière, Autre

11 NOM COMMERCIAL
ENSEIGNE

13 EFFECTIF SALARIÉ : non, oui, nombre, dont, apprentis, VRP
Vous embauchez un premier salarié

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14 CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR
Nom de naissance, Nom d'usage, Prénoms, Nationalité, Né(e) le, Dépt., Commune / Pays

15 PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT PROPRIÉTAIRE 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

DÉCLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16 VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie
ASSURANCE MALADIE - Régime actuel : Régime général, Agricole, Non salarié non agricole, Autre
Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés
Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : Salarié, Salarié agricole, Retraité / Pensionné, Autre

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT

Table with 4 columns: Nom de naissance et prénom, N° de Sécurité Sociale obligatoire, Lien de parenté, Nationalité. Includes sub-columns for enfant scolarisé and Pour les étrangers de plus de 18 ans.

16 BIS OPTION RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ oui non, si oui, choix du versement des cotisations : trimestriel, mensuel

OPTION(S) FISCALE(S)

17 B.I.C Micro, Option versement libératoire, Réel simplifié, Réel normal, Date de clôture de l'exercice comptable
T.V.A Franchise en base, Réel simplifié, Mini-réel, Réel normal, Assujettissement à la TVA, Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation, Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 OBSERVATIONS :
19 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n°, Autre, Code Postal, Commune, Tél, Fax / mèl

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

LE DÉCLARANT Désigné au cadre 2
LE MANDATAIRE ayant procuration nom, prénom/dénomination et adresse
Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Faits à le
Nombre d'intercalaire(s) PO' :
Formulaire ACCRE : oui non
SIGNATURE
Signer chaque feuillet séparément.

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

DÉCLARATION DE CRÉATION D'UNE ENTREPRISE PERSONNE PHYSIQUE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E 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 DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20. Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16bis, 18 Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 13 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation commun

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE
Nom d'usage
Prénoms
Nationalité
Sexe
Né(e) le
Dépt.
Commune / Pays
Domicile
Code postal
Commune / Pays
Forain

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
Conjoint ou pacsé salarié

5 CONTRAT D'APPUI
Le déclarant bénéficie d'un contrat d'appui
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui
Dénomination
Siège
Code postal
Commune

6 DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)
Déclaration publiée aux hypothèques ou livre foncier de

7 AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE
Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire PO'

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 ADRESSE DE L'ENTREPRISE
Remplir cadre 9
Établissement où vous exercez votre activité
Dans une entreprise de domiciliation
Votre domicile personnel
Ambulant ressortissant de l'U.E

9 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT
rés., bât., app., étage, N°, voie, Lieu-dit
Code postal
Commune
DOMICILIAIRE : N° unique d'identification
Nom du domiciliaire

10 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ
Activité : Permanente, Saisonnière, Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées :

12 ORIGINE DU FONDS
Création, Achat, Partage, Licitation, Location-gérance, Autre, Gérance-Mandat

Précédent exploitant : N° unique d'identification
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage
Prénoms

Location-Gérance ou Gérance-Mandat :
Dates du contrat : Début, fin
Renouvellement par tacite reconduction

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 mandat
Greffet d'immatriculation

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

11 NOM COMMERCIAL
ENSEIGNE

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14 CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR
Nom de naissance
Nom d'usage
Prénoms
Nationalité
Né(e) le
Dépt.
Commune / Pays

15 PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT PROPRIÉTAIRE 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

DÉCLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16

OPTION(S) FISCALE(S)

17

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 OBSERVATIONS :
19 ADRESSE de correspondance
Déclarée au cadre n°
Autre
Code Postal
Commune
Tél
Fax / mël

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB, 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 DÉCLARANT
LE MANDATAIRE
Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Signature

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

DÉCLARATION DE CRÉATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E 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 DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20. Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16bis, 18
Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 13 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation commun

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE
Nom d'usage
Prénoms
Nationalité
Sexe
Né(e) le
Dépt.
Commune / Pays
Domicile
Code postal
Commune / Pays
Forain

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
Conjoint ou pacsé salarié

5 CONTRAT D'APPUI
Le déclarant bénéficie d'un contrat d'appui
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui
Dénomination
Siège
Code postal
Commune

6 DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)
Déclaration publiée aux hypothèques ou livre foncier de

7 AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE
Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire PO'

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 ADRESSE DE L'ENTREPRISE
Établissement où vous exercez votre activité
Dans une entreprise de domiciliation
Votre domicile personnel
Ambulant ressortissant de l'U.E

9 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT
rés., bât., app., étage, N°, voie, Lieu-dit
Code postal
Commune
DOMICILIAIRE : N° unique d'identification
Nom du domiciliataire

10 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ
Activité : Permanente, Saisonnière, Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activités exercées :

12 ORIGINE DU FONDS
Création, Achat, Partage, Licitation, Location-gérance, Autre, Gérance-Mandat

Précédent exploitant : N° unique d'identification
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage
Prénoms

Location-Gérance ou Gérance-Mandat :
Dates du contrat : Début, fin
Renouvellement par tacite reconduction

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 mandat
Greffet d'immatriculation

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

11 NOM COMMERCIAL
ENSEIGNE

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14 CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR
Nom de naissance
Nom d'usage
Prénoms
Nationalité
Né(e) le
Dépt.
Commune / Pays

15 PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT PROPRIÉTAIRE 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

DÉCLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16

OPTION(S) FISCALE(S)

17

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 OBSERVATIONS :
19 ADRESSE de correspondance
Déclarée au cadre n°
Autre
Code Postal
Commune
Tél
Fax / mël

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB, 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 DÉCLARANT
LE MANDATAIRE
Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Signature

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