

P0 PL

MICRO-ENTREPRENEUR



13821*07

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE

RESERVE AU CFE GUIDBEFKT

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITE exercée sous le régime micro-social (hors professions réglementées)

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

DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A ☐ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

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

IDENTITE

3 **NOM DE NAISSANCE** _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____
Pays si né à l'étranger _____
Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
_____ Code postal _____ Commune _____
Pays si à l'étranger _____ 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 (et préciser ci-dessous) : ☐ collaborateur ☐ salarié
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3) _____
Code postal _____ Commune _____ Dépt. _____ Pays _____
Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____ Pays _____

ACTIVITE

5 Vous exercez votre activité à : ☐ Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6
☐ Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

6 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** _____
Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (ambulant)
Activité(s) exercée(s) _____
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE

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) _____

VOUS ETES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE : périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

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 :

OPTION FISCALE HORS EIRL

8 VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Spécial Bénéfices Non Commerciaux (Spécial BNC)

Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur les recettes (sous conditions cf. notice) ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 OBSERVATIONS : _____

10 ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° 3 ☐ Déclarée au cadre n° 5 ☐ Autre _____

Tél _____ Tél _____

Code postal Commune _____

Télécopie / courriel _____

11 ☐ 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 une 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.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexacts ou incomplètes s'expose à des sanctions.

12 ☐ LE DECLARANT désigné au cadre 3 ☐ LE MANDATAIRE Nom, prénom / dénomination et adresse _____ _____ Code postal Commune _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le Intercalaire PEIRL PL/AC : ☐ oui ☐ non Nombre d'intercalaire(s) P0'	SIGNATURE
--	---	------------------

P0 PL**MICRO-ENTREPRENEUR**

13821*07

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE**RESERVE AU CFE GUIDBEFKT**

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

PERSONNE PHYSIQUE**ACTIVITE exercée sous le régime micro-social (hors professions réglementées)****1** Avez-vous déjà exercé une activité non salariée ☐ oui ☐ non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _____**DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE****2A** ☐ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)****2B** ☐ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**
remplir l'intercalaire PEIRL PL/AC**IDENTITE**

3 **NOM DE NAISSANCE** _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____
Pays si né à l'étranger _____
Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
_____ Code postal _____ Commune _____
Pays si à l'étranger _____ 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 (et préciser ci-dessous) : ☐ collaborateur ☐ salarié
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3) _____
Code postal _____ Commune _____ Dépt. _____ Pays _____
Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune _____ Pays _____

ACTIVITE

5 Vous exercez votre activité à : ☐ Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6
☐ Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

6 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** _____
Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (ambulant)
Activité(s) exercée(s) _____
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7

OPTION FISCALE HORS EIRL

8

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9

OBSERVATIONS : _____

10

ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° 3 ☐ Déclarée au cadre n° 5 ☐ Autre _____

Tél _____ Tél _____

Code postal [][][][][][] Commune _____

Télécopie / courriel _____

11

☐ 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 une 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.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.**

12

☐ **LE DECLARANT** *désigné au cadre 3*

☐ **LE MANDATAIRE**

Nom, prénom / dénomination et adresse

Code postal [][][][][][] Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le [][][][][][][][]

Intercalaire PEIRL PL/AC : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) P0' [][]

SIGNATURE