

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE COMMERCIALE ET / OU ARTISANALE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

PERSONNE PHYSIQUE

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, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 20 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 19

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 (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune / Pays _____

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 RELATIVE A L'INSAISSABILITÉ 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 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 REPREENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)**
 Une demande d'ACCRES 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** { Etablissement où vous exercez votre activité Votre domicile personnel
Remplir cadre 8 { Dans une entreprise de domiciliation passer au cadre 9

7B 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 _____

12 **ORIGINE DU FONDS** Création passer directement au cadre suivant
 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitation
 Autre _____

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

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____
Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Location-Gérance ou Gérance-Mandat :
Dates du contrat : Début _____ fin _____
Renouvellement par tacite reconduction oui non

Autre(s) activité(s) _____
Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :
 Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²)
 Commerce de détail sur Internet Commerce de détail sur marché
 Commerce de gros Fabrication, production
 Bâtiment, travaux publics Autre préciser _____

Loueur du fonds ou Mandant du fonds :
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile / Siège _____
Code postal _____ Commune _____

10 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL** : _____
ENSEIGNE _____

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandant _____
Greffé d'immatriculation _____

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

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 _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

13 CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Nationalité _____ Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dépt. [] [] Commune / Pays _____

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

15 **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 (sauf activité relevant du régime agricole) _____ N° [] [] [] [] []

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

CONJOINT COLLABORATEUR : Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) 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 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
			oui	non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OPTION FISCALE HORS EIRL

16 **VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (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 : _____ Tél. _____ Tél. _____
 _____ Code postal [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Commune _____
 19 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 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.

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

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____ Le _____
 Intercalaire(s) : PEIRL: oui non / JQPA : _____
 ACCRE : oui non
 Nombre d'intercalaire(s) : P0' ____ / NDI _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE COMMERCIALE ET / OU ARTISANALE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

PERSONNE PHYSIQUE

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, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 20 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 19

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 (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune / Pays _____

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 RELATIVE A L'INSAISSABILITÉ 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 _____
 DÉCLARATION(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 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'

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** { Etablissement où vous exercez votre activité
 Remplir cadre 8 Dans une entreprise de domiciliation

Votre domicile personnel
 passer au cadre 9

7B 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 _____

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ**

Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Autre(s) activité(s) _____

12 **ORIGINE DU FONDS** Création passer directement au cadre suivant
 Location - Gérance Gérance - Mandat
 Achat, Partage, Licitation
 Autre _____

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 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, 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 _____

10 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____

ENSEIGNE _____

11 _____

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

