P0 PL

MICRO-ENTREPRENEUR

cerfa 13821*06

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE GUIDBEFKT

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Réinitialiser | Imprimer

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

IDENTITE

2 **NOM DE NAISSANCE** _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Sexe ☐M ☐F Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

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

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur *pour celui-ci préciser ci-dessous*

☐ Conjoint ou pacsé salarié

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

4 **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**

☐ **Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :** *Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL micro-entrepreneur*

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 :

_____

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

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° 2 ☐ Déclarée au cadre n° 5 ☐ Autre _____

Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

Tél _____ Tél _____

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 2*
☐ **LE MANDATAIRE**
Nom, prénom / dénomination et adresse

_____
_____
_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____ Le ☐☐☐☐☐☐

Intercalaire PEIRL micro-entrepreneur : ☐ oui ☐ non
Nombre d'intercalaire(s) P0' ☐☐

SIGNATURE

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

P0 PL

MICRO-ENTREPRENEUR

cerfa 13821*06

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE GUIDBEFKT

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Réinitialiser | Imprimer

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

IDENTITE

2 **NOM DE NAISSANCE** _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Sexe ☐M ☐F Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

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

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur *pour celui-ci préciser ci-dessous*

☐ Conjoint ou pacsé salarié

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

4 **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**

☐ **Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :** *Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL micro-entrepreneur*

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 :

_____

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

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° 2 ☐ Déclarée au cadre n° 5 ☐ Autre _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

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 2*
☐ **LE MANDATAIRE**
Nom, prénom / dénomination et adresse

_____
_____
_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Intercalaire PEIRL micro-entrepreneur : ☐ oui ☐ non
Nombre d'intercalaire(s) P0' |_|_|

SIGNATURE

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