

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 _____ 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 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

PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n° _____

Reçue le [][][][][][][][][][][][]

Transmise le [][][][][][][][][][][][]

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 [][][][][][][][][][][][]

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 : _____

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 _____ 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 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