



DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ AGENT COMMERCIAL

- PERSONNE PHYSIQUE** **PERSONNE MORALE**
 Vous optez pour le régime Auto-entrepreneur Complément au M0 de constitution de la société

Déclaration n° _____
 reçue le _____
 transmise le _____

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE. REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 16, le cas échéant N° 3, 4, 5, 6, 11, 14.
PERSONNE MORALE les cadres N° 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, le cas échéant N° 11, 14.
RÉGIME AUTO-ENTREPRENEUR les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12 bis, 15, 16, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

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

2 **NOM DE NAISSANCE** _____
 Nom d'usage _____
 Prénoms _____
 Nationalité _____ Sexe M F
 Né(e) le _____
 Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____
Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune / Pays si à l'étranger _____

3 **AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**
 Vous déposez une demande d'ACCRE avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

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 (préciser pour celui-ci) Conjoint ou pacsé SALARIÉ
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays _____

5 **DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**
 Déclaration publiée au bureau des hypothèques ou au livre foncier de : _____

6 **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 / Pays _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7 **DÉNOMINATION** _____
 SIGLE _____ Numéro unique d'identification _____
 Forme juridique _____

8 **ADRESSE DU SIÈGE** (rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____
 Code postal _____ Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'ACTIVITÉ

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____
 Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____
 Préciser le secteur le plus important _____

10 **EFFECTIF SALARIÉ :** non oui, nombre : _____
 Vous embauchez un premier salarié oui non

11 **SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE**
 préciser celle-ci : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____

DÉCLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12 **VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** _____ **Votre conjoint** est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non
 Pour le conjoint marié ou pacsé collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale _____
 Pour les étrangers (sauf ressortissants de l'Union Européenne) : Titre de séjour N° _____ délivré à _____ expirant le _____
Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre _____
Assurance maladie : organisme choisi _____ N° _____
 Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : _____ Dépt. _____ Commune _____ Date de cessation _____
Resterez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre _____

PERSONNES DEMANDANT À 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	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

RÉGIME SOCIAL ET FISCAL DE L'AUTO-ENTREPRENEUR

Option régime micro-social simplifié oui non (vous ne pouvez bénéficier de ce régime que si vous choisissez le régime fiscal micro)
 Vous avez opté pour le régime micro-social simplifié, choix du versement des cotisations trimestriel mensuel
 Régime spécial B.N.C (fiscal micro) Option versement libératoire (vous ne pouvez bénéficier de cette option que si vous relevez du régime fiscal micro et du régime micro-social)

OPTION(S) FISCALE(S)

13 **B.N.C** Régime spécial B.N.C (fiscal micro) Déclaration contrôlée Option pour la tenue d'une comptabilité créances/dettes
T.V.A Franchise en base Réel simplifié Réel normal Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 €/an.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

14 **OBSERVATIONS :** _____

15 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° _____ Autre _____
 Code postal _____ Commune _____
 Tél. _____ Tél. _____
 Fax / mël _____

16 Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
 La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

LE DÉCLARANT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L. 134-1 et suivants du code de commerce.

LE DÉCLARANT (designé au cadre 2)
 LE REPRÉSENTANT LÉGAL OU LE MANDATAIRE
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____
 Le _____
 Nombre d'intercalaire(s) _____
 Formulaire ACCRE : oui non

SIGNATURE



DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ AGENT COMMERCIAL

RÉSERVÉ AU CFE G U I D B F K T

- PERSONNE PHYSIQUE** **PERSONNE MORALE**
 Vous optez pour le régime Auto-entrepreneur Complément au M0 de constitution de la société

Déclaration n° _____
 reçue le _____
 transmise le _____

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE. REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 16, le cas échéant N° 3, 4, 5, 6, 11, 14.
PERSONNE MORALE les cadres N° 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, le cas échéant N° 11, 14.
RÉGIME AUTO-ENTREPRENEUR les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12 bis, 15, 16, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

1	Avez-vous déjà exercé une activité non salariée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _____
2	NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Nationalité _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____ Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune / Pays si à l'étranger _____
3	
4	CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé COLLABORATEUR (préciser pour celui-ci) <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé SALARIÉ Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays _____
5	<input type="checkbox"/> DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S) Déclaration publiée au bureau des hypothèques ou au livre foncier de : _____
6	<input type="checkbox"/> CONTRAT D'APPUI N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____ Dénomination _____ Siège _____ Code postal _____ Commune / Pays _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7	DÉNOMINATION _____ SIGLE _____ Numéro unique d'identification _____ Forme juridique _____
8	ADRESSE DU SIÈGE (rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____ Code postal _____ Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'ACTIVITÉ

9	DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ _____ Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) _____ Préciser le secteur le plus important _____
10	
11	SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE préciser celle-ci : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____

DÉCLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

OPTION(S) FISCALE(S)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

14 OBSERVATIONS :

15 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre _____
 Code postal _____ Commune _____
 Tél. _____ Tél. _____
 Fax / mèl _____

16 Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
 La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

LE DÉCLARANT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L. 134-1 et suivants du code de commerce. <input type="checkbox"/> LE DÉCLARANT (désigné au cadre 2) <input type="checkbox"/> LE REPRÉSENTANT LÉGAL OU LE MANDATAIRE nom, prénom/dénomination et adresse	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le _____ Nombre d'intercalaire(s) _____ Formulaire ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SIGNATURE
--	---	------------------

NOTICE – DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ – AGENT COMMERCIAL

PERSONNE PHYSIQUE – PERSONNE MORALE

Merci de bien vouloir fournir les renseignements demandés qui ont un caractère obligatoire. Vous éviterez ainsi les relances des organismes destinataires.

QUELQUES DÉFINITIONS ET CONSIGNES DE REMPLISSAGE

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

- 1 Si vous avez déjà exercé une activité non salariée, n'omettez pas d'indiquer le numéro unique d'identification (SIREN) antérieurement attribué par l'INSEE.
- 2 **NOM DE NAISSANCE** : Nom figurant sur les actes d'état civil et papiers d'identité (appelé aussi nom patronymique, nom de famille).
NOM D'USAGE : Il doit être indiqué uniquement s'il est différent du **nom de naissance et effectivement utilisé**. Il peut être soit les noms accolés des deux parents, soit pour **les personnes mariées**, le nom de naissance suivi ou précédé du nom du conjoint ou le seul nom de l'autre époux.
PAYS : À mentionner si le domicile, le lieu de naissance est à l'étranger.
- 3 **AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)**
 La demande d'ACCRES peut être déposée dans les 45 jours qui suivent la déclaration.
 Si vous optez pour le régime micro-social simplifié, cette option ne sera applicable qu'à l'issue de la période d'exonération.
- 4 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS** : (sont exclus les concubins)
Le choix d'un statut pour le conjoint ou le pacsé qui exerce de manière régulière une activité professionnelle dans l'entreprise est obligatoire. Ce choix détermine les droits et obligations professionnels et sociaux du conjoint ou du pacsé.
Conjoint / pacsé collaborateur : Époux(se) ou pacsé qui collabore régulièrement à l'activité de l'entreprise sans être rémunéré à ce titre.
- 5 **INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)** : Cette déclaration vise aussi bien la résidence principale que tout bien foncier bâti ou non bâti à l'exclusion des locaux à usage professionnel.

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

- 7 **DÉNOMINATION** : Nom de la société. La dénomination doit être indiquée telle que figurant dans les statuts, il en est de même pour le sigle s'il y figure.
SIGLE : Initiales ou premières lettres des mots composant la dénomination.

DÉCLARATION RELATIVE À L'ACTIVITÉ

- 10 **EFFECTIF SALARIÉ** : Cochez la case « oui » **uniquement si** vous employez du personnel salarié relevant du régime général.
 Le chef d'entreprise n'est pas pris en compte dans l'effectif salarié.
 Dans la rubrique « vous embauchez un premier salarié », cochez la case « oui » **s'il s'agit uniquement d'une première embauche**. Dans ce cas, vous devez avoir effectué une Déclaration Unique d'Embauche (site : www.due.urssaf.fr)

DÉCLARATION SOCIALE

- 12 **VOTRE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE** : Indiquez dans ce cadre le numéro qui vous a déjà été attribué (voir votre carte VITALE);
ASSURANCE MALADIE : – **ORGANISME CHOISI** : Indiquez le code ou l'intitulé de l'Organisme Conventionné (OC), compagnie d'assurance ou mutuelle qui sera chargé de l'encaissement des cotisations et du remboursement des soins. La liste des OC figure dans la documentation mise à votre disposition par la Caisse d'assurance maladie auprès du Centre de Formalités des Entreprises – CFE.
 Pour le conjoint ou le pacsé collaborateur ne pas omettre d'indiquer son numéro de sécurité sociale.

12 BIS **RÉGIME DE L'AUTO-ENTREPRENEUR :**

LE RÉGIME AUTO-ENTREPRENEUR IMPOSE DE CHOISIR LE RÉGIME FISCAL MICRO ET L'OPTION DU RÉGIME MICRO SOCIAL SIMPLIFIÉ : Vous ne pouvez pas choisir un seul de ces régimes.

OPTIONS FISCALES

- 13 Pour compléter ce cadre, vous pouvez consulter le « guide pratique N° 974 (BNC) pour remplir la rubrique fiscale de la déclaration P0 » disponible sur impôts.gouv.fr (cadre « Recherche / recherche formulaire » puis 974 dans le champ Numéro d'imprimé) ainsi que la notice papier dans les CFE.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- 14 **OBSERVATIONS** : Permet de préciser une situation particulière.
- 15 **ADRESSE DE CORRESPONDANCE** : Indiquez les coordonnées postale, téléphonique, électronique où vous souhaitez être joint.