P0
Auto-entrepreneur

Imprimer

Réinitialiser

cerfa
N° 13821*02

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

AUTO-ENTREPRENEUR PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITÉ COMMERCIALE, ARTISANALE, LIBÉRALE

VOUS NE BÉNÉFICIEZ DE CE RÉGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU RÉGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE RÉGIME MICRO-SOCIAL

RÉSERVÉ AU CFE MGUIDBEFKT

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 _____

IDENTITÉ

2

NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Sexe ❒ M ❒ F Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays _____

Domicile : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____ Code postal _____ Commune / Pays _____

Forain ❒ Commune de rattachement administratif : Code postal _____ Nom de la commune _____

3

CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT 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

AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

❒ Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.

4 bis

ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

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

ACTIVITÉ

5

Vous exercez votre activité à : ❒ Votre domicile personnel, **passer directement au cadre 6** ❒ Une adresse professionnelle, **indiquer celle-ci**

rés., bât., app., étage, N°, voie, Lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

6

DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ _____

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

Indiquer l'activité la plus importante : _____

Le cas échéant, autres activités exercées : _____

Si votre activité principale est commerciale ou artisanale, veuillez préciser en ne cochant qu'une seule case :

Sa nature :

❒ Commerce de détail ❒ Transport ❒ Services ❒ Import export ❒ Commerce de gros ou intermédiaire du commerce ❒ Fabrication, production

❒ Montage, installation ❒ Réparation ❒ Bât. travaux publics ❒ Extraction ❒ Autre _____

Son lieu d'exercice :

❒ Magasin (surface : _____ m²) ❒ Bureau, cabinet ❒ Sur marché ❒ En clientèle ❒ Usine ❒ Atelier ❒ Dépôt, entrepôt

❒ Sur chantier ❒ Mine, carrière ❒ Autre _____

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

Imprimer | Réinitialiser

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7

VOUS AVEZ CHOISI L'OPTION MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ

Option de versement : ❒ trimestriel ❒ mensuel des cotisations

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 _____

ASSURANCE MALADIE – Régime actuel : ❒ Régime général ❒ Agricole ❒ Non salarié non agricole ❒ Autre _____

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés _____ 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 _____ Si à l'étranger, indiquer le pays _____

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 oui	Enfant scolarisé non	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				
			❒	❒				

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

8

VOUS RELEVEZ DU RÉGIME FISCAL MICRO (BIC ou Spécial BNC)

❒ Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

9

OBSERVATIONS :

10

ADRESSE de correspondance ❒ Déclarée au cadre n° _____ ❒ Autre : _____

_____ Code postal _____ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Fax / mèl _____

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.

11

❒ **LE DÉCLARANT** *Désigné au cadre 2*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ le _____

Formulaire PEIRL : ❒ oui ❒ non

Formulaire ACCRE : ❒ oui ❒ non

Nombre d'intercalaire(s) P0' : _____

Déclaration n° _____

SIGNATURE

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.

P0
Auto-entrepreneur

Imprimer

Réinitialiser

cerfa
N° 13821*02

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

AUTO-ENTREPRENEUR PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITÉ COMMERCIALE, ARTISANALE, LIBÉRALE

VOUS NE BÉNÉFICIEZ DE CE RÉGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU RÉGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE RÉGIME MICRO-SOCIAL

RÉSERVÉ AU CFE MGUIDBEFKT

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

IDENTITÉ

2

NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____

Nationalité _____ Sexe ❒ M ❒ F Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays _____

Domicile : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____ Code postal _____ Commune / Pays _____

Forain ❒ Commune de rattachement administratif : Code postal _____ Nom de la commune _____

3

CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT 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

4 bis

ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

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

ACTIVITÉ

5

Vous exercez votre activité à : ❒ Votre domicile personnel, **passer directement au cadre 6** ❒ Une adresse professionnelle, **indiquer celle-ci**

rés., bât., app., étage, N°, voie, Lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

6

DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ _____

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

Indiquer l'activité la plus importante : _____

Le cas échéant, autres activités exercées : _____

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

Imprimer Réinitialiser

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

8

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS :**

10 **ADRESSE de correspondance** ❒ Déclarée au cadre n° _____ ❒ Autre : _____

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

Tél _____ Tél _____

Fax / mèl _____

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.

11 ❒ **LE DÉCLARANT** *Désigné au cadre 2*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ le _____

Formulaire PEIRL : ❒ oui ❒ non

Formulaire ACCRE : ❒ oui ❒ non

Nombre d'intercalaire(s) P0' : _____

Déclaration n° _____

SIGNATURE

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.