P0 CMB

Sauf micro-entrepreneur

cerfa 11676*09

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE 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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A 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, 4B, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 19

Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun

DECLARATION RELATIVE A 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 : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur (*remplir cadre 13*)

☐ Conjoint ou pacsé salarié

4 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITE 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 _____

_____

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

☐ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :

Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

5 ☐ **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat |_|_|_|_|_|_|_|_| *Remplir l'intercalaire P0' cadre 4*

6 ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** *Remplir cadre 8* ☐ Etablissement où vous exercez votre activité ☐ Votre domicile personnel *passer au cadre 9* ☐ Dans une entreprise de domiciliation

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'ETABLISSEMENT** *rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit* _____

_____

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

Le cas échéant, ancienne commune _____

DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du domiciliataire _____

9 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant)

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

_____

Activité principale _____

Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :

☐ Commerce de détail en magasin (surface |_|_|_|_| m²)

☐ Commerce de détail sur marché ☐ Commerce de détail sur Internet

☐ Commerce de gros ☐ Fabrication, production

☐ Bâtiment, travaux publics ☐ Autre, *préciser* _____

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

_____

ENSEIGNE _____

11 **EFFECTIF SALARIE :** ☐ non ☐ oui, nombre : |_|_|_| dont : |_|_|_| apprentis |_|_|_| VRP

Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

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 _____

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 RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A 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 _____

DECLARATION 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*) _____

Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

☐ **Vous êtes marin professionnel**

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 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

16 **Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) :**

☐ Micro-fiscal (uniquement pour les personnes relevant de la MSA ou de l'ENIM)

☐ Réel simplifié

☐ Réel normal

Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois) |__|__|__|

T.V.A : ☐ Franchise en base

☐ Réel simplifié

☐ Mini-réel ☐ Réel normal

☐ Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.

☐ Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 € / an

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS :** _____

18 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |__|__| ☐ Autre : _____

_____ Code postal |__|__|__|__|__| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

19 ☐ 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 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 : _____

NDI : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' |__|__|

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

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

P0 CMB

Sauf micro-entrepreneur

cerfa 11676*09

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE 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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A 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, 4B, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 19

Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun

DECLARATION RELATIVE A 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 : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur (*remplir cadre 13*)

☐ Conjoint ou pacsé salarié

4 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITE 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 _____

_____

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

☐ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :

Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

5 ☐ **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat |_|_|_|_|_|_|_|_| *Remplir l'intercalaire P0' cadre 4*

6 ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** *Remplir cadre 8* ☐ Etablissement où vous exercez votre activité ☐ Votre domicile personnel *passer au cadre 9* ☐ Dans une entreprise de domiciliation

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'ETABLISSEMENT** *rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit* _____

_____

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

Le cas échéant, ancienne commune _____

DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du domiciliataire _____

9 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant)

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

_____

Activité principale _____

Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :

☐ Commerce de détail en magasin (surface |_|_|_|_| m²)

☐ Commerce de détail sur marché ☐ Commerce de détail sur Internet

☐ Commerce de gros ☐ Fabrication, production

☐ Bâtiment, travaux publics ☐ Autre, *préciser* _____

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

_____

ENSEIGNE _____

11

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 _____

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 RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A 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 _____

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

16

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS :** _____

18 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autre : _____

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

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

19 ☐ 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 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 : _____

NDI : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' |_|_|

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

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