

BULLETIN D'ADHÉSION BNC / BIC / BA / IS

Je soussigné(e) : ☐ M^{me} ☐ M. NOM PRÉNOM DATE DE NAISSANCE _ _ / _ _ / _ _

Fixe _ _ _ _ _ Portable _ _ _ _ _

@ E-mail Site internet :

Société (Raison Sociale)

Forme juridique ☐ Entreprise individuelle ☐ EIRL ☐ EURL ☐ SARL ☐ SNC ☐ SASU ☐ SAS ☐ Autres

N° SIRET Centre des impôts :

Noms des Associés et Date de Naissance :

ADRESSE PROFESSIONNELLE

.....
.....

CP Ville

ADRESSE PERSONNELLE

.....
.....

CP Ville

Souhaitez-vous recevoir vos courriers à votre adresse : ☐ Professionnelle ☐ Personnelle

ACTIVITÉ(S) EXERCÉE(S)

.....
.....

Autres activités : ☐ Oui ☐ Non

Code NAF

Date de début d'activité _ _ / _ _ / _ _

☐ Création ☐ Reprise

Activité saisonnière ☐ Oui ☐ Non

Activité ambulante ☐ Oui ☐ Non ☐ Mixte

RÉGIME D'IMPOSITION

☐ Impôt sur le Revenu
☐ Impôt sur les Sociétés

CATÉGORIE FISCALE BIC/BA/IS

☐ RS sur Option
☐ RS de Droit
☐ RN sur Option
☐ RN de Droit

CATÉGORIE FISCALE BNC

☐ Déclaration contrôlée sur Option
☐ Déclaration contrôlée de Droit

DÉCLARATION TVA

☐ CA 3
☐ CA 12
☐ Franchise
☐ Exonéré

Mode exercice BNC : ☐ Seul ☐ Collaborateur ☐ Remplaçant ☐ Membre d'une structure d'exercice en commun déclarant des revenus propres nécessitant une adhésion personnelle

Pour les activités médicales, secteur : ☐ C1 ☐ C2 ☐ C3

Adhésion au CGA 17 pour l'exercice du : au

☐ VOUS AVEZ RECOURS À UN EXPERT COMPTABLE OU À UN CONSEIL

Nom et adresse de ce professionnel :

Nom de l'expert chargé du dossier :

Email :

Je soussigné(e) agissant dans le cadre de l'exercice individuel de ma profession ou en qualité de représentant légal de la société et pour le compte de l'ensemble des associés, atteste avoir pris connaissance des conditions d'adhésion et de radiation ainsi que des engagements liés à l'adhésion et autorise le CGA 17 à communiquer, de manière anonyme et à des fins statistiques, mes données fiscales et comptables.

Fait à

Le _ _ / _ _ / _ _

Cachet/Signature :

Cadre réservé au CGA 17

Valable pour :

N° d'adhésion :

Date de réception :