

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 EUURL 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 :