



Cadre réservé à l'ARAPL

N° Adhérent :
Date adhésion :
Date effet adhésion :

ADHÉSION

Demande mon adhésion à partir de l'exercice fiscal du :

_____ si **BNC**
_____ au _____ si **BIC ou BA**

EXPLOITANT INDIVIDUEL OU DIRIGEANT

M. Mme Mlle

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

SOCIÉTÉS OU GROUPEMENT

Nombre d'associés : _____

Raison Sociale : _____

Noms & Prénoms des associés : *cochez la case lorsqu'un associé est adhérent à titre individuel à l'ARAPL Pays d'Aix & Vaucluse*

_____ _____

_____ _____

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Envoi courriers adresse : personnelle professionnelle

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. Fixe : _____ Portable : _____

Adresse courriel (email) : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Code ROF : _____

Nature de la Profession ou de l'activité : _____

Date début activité : _____ Si réinstallation, date : _____

Numéro de Siret : _____ Code NAF : _____

MÉDICAUX & PARAMÉDICAUX

Installé(e) Assistant(e)/Collaborateur Remplaçant(e)

SECTEUR MÉDECIN

Secteur 1 : médecin conventionné sans droit à dépassement d'honoraires (C1)

Secteur 1 : médecin conventionné avec droit à dépassement d'honoraires (C2)

Secteur 2 : médecin conventionné avec des honoraires libres (C3)

Médecin non-conventionné (C0)

RÉGIME JURIDIQUE

Exploitant INDIVIDUEL EURL EIRL SAS ou SASU SELARL (1 ass).

Association d'Avocats SDF SCP SARL ou SA SELARL SNC

SCI SEP SISA Autre, préciser : _____

OPTION D'IMPOSITION

BNC BIC BA Société à l'IS Traitements & Salaires (Agents d'Assurances)

RÉGIME FISCAL

BNC : Déclaration contrôlée n°2035 Déclaratif Spécial ou Micro-BNC Micro-entrepreneur

BIC : Réel normal Réel simplifié Micro-BIC Micro-entreprise

BULLETIN D'ADHÉSION

RÉGIME DE TVA (si profession assujettie à la TVA)

- Exonéré Franchise en base
 Réel normal Réel simplifié

MEMBRE D'UNE SOCIÉTÉ CIVILE DE MOYENS (SCM)

Siret :

Nom & Adresse de la SCM : _____

Code postal : Ville : _____

TENUE DE LA COMPTABILITÉ

- Je tiens moi-même ma comptabilité
 J'ai recours aux prestations d'un cabinet d'expertise comptable inscrit à l'ordre,

Nom & Adresse du cabinet : _____

Code postal : Ville : _____

Tél. Fixe : Siret :

Adresse courriel (email) : _____

ADHÉSION À UNE PRÉCÉDENTE AGA OU OGA

Avez-vous déjà été adhérent(e) d'une Association ou d'un Centre de Gestion Agréé ? Non Oui

Précisez le Nom de l'AGA ou OGA : _____

Précisez la date d'effet de radiation et le motif :

- Cessation d'activité Démission Volontaire Transfert d'AGA/OGA Radiation d'office par l'AGA/OGA

Merci de bien vouloir nous adresser une copie de votre Attestation de radiation.

ENGAGEMENTS À L'ARAPL Pays d'Aix & Vaucluse

Tour Hémilythe – 150, Av. Georges Pompidou – 13100 AIX EN PROVENCE

En adressant le présent Bulletin à l'ARAPL Pays d'Aix & Vaucluse, je soussigné(e) : _____

- agissant dans le cadre de l'exercice individuel de ma profession,
 agissant en qualité de représentant légal de la société sus-visée et pour le compte de l'ensemble des associés,

déclare :

- demander mon adhésion à l'ARAPL Pays d'Aix & Vaucluse,
- souscrire sans réserve aux Statuts et au Règlement Intérieur de l'ARAPL (à disposition sur notre Site Internet www.araplav.org),
- souscrire à l'engagement d'amélioration de la connaissance des revenus conformément aux dispositions prévues à l'article 1649 quater F du CGI.

m'engage à :

- communiquer chaque année à l'ARAPL directement ou par l'intermédiaire d'un membre de l'ordre des Experts-Comptables, la déclaration professionnelle, le bilan, le compte de résultat, la balance, les tableaux OG, la déclaration de TVA, la déclaration des revenus encaissés à l'étranger, le Grand Livre comptable ou fichier FEC, toutes factures, documents comptables, justificatifs, documents annexes ou renseignements concernant mon entreprise qui me seraient demandés par l'ARAPL,
- régler ma cotisation dans les délais fixés par l'ARAPL,
- respecter les obligations relatives à l'encaissement, soit par carte bancaire soit par chèque (article 1649 quater E bis du CGI et article 371 Y de l'annexe II du CGI) et à en informer ma clientèle.

En application de l'article 371 Z de l'annexe II au CGI, en cas de manquements graves et répétés à mes engagements, l'ARAPL pourra prononcer mon exclusion après m'avoir mis en mesure de présenter ma défense sur les faits reprochés.

Fait à : le :

Signature (précédée de la mention MANUSCRITE « lu et approuvé ») : _____

Comment avez-vous connu l'ARAPL ? _____

Si vous rencontrez des difficultés de paiement, nous vous conseillons de contacter le SIE dont vous dépendez. Vous pouvez également consulter les informations de la Direction Générale des Finances Publiques dans l'espace « une mission de soutien aux entreprises » à l'adresse internet <http://www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises>