



ARAPL  
Aix & Vaucluse

# BULLETIN D'ADHÉSION

Réservé à l'ARAPL

NUMÉRO

DATE ADHÉSION

DATE EFFET ADHÉSION

- PRIMO-ADHÉSION  
 RÉ-ADHÉSION  
 TRANSFERT

À compléter par l'adhérent(e)

Demande mon adhésion à effet du : / /

Adhésion dans le cadre des missions régaliennes de prévention fiscale

## RÉGIME D'IMPOSITION

- BNC  
 BIC  
 BA

## RÉGIME FISCAL

- AUTO-ENTREPRENEUR  
 MICRO-ENTREPRISE  
 DÉCLARATION CONTROLÉE  
OU RÉEL NORMAL/SIMPLIFIÉ

## RÉGIME DE TVA

- ASSUJETTI(E)  
 EXONÉRÉ (E)  
 FRANCHISE  
EN BASE

## RÉGIME JURIDIQUE

- INDIVIDUEL (EI)  
 SOCIÉTÉ À L'IR  
 SOCIÉTÉ À L'IS

## MÉDICAUX PARAMÉDICAUX

- INSTALLÉ (E)  
 REMPLAÇANT(E)

## IDENTITÉ DE L'EXPLOITANT, DIRIGEANT INDIVIDUEL

Monsieur  Madame

Nom de naissance :

Nom marital :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / /

## IDENTITÉ DE LA SOCIÉTÉ

### GROUPEMENT D'EXERCICE

Dénomination sociale :

Forme juridique (Précisez) : SCP, SDF, SCI, ...

Nombre, Nom(s), Prénom(s) des associés adhérents :

1.  3.

2.  4.

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Profession exercée :

Date début activité : / /  ou Date réinstallation : / /

Numéro SIRET :  Code NAF :

Nous adresser une copie de l'IMMATRICULATION À L'INSEE.

### 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)

## COORDONNÉS PROFESSIONNELLES

Adresse :

Complément d'adresse :

Code Postal – Ville :

Téléphone fixe :  Portable :

Adresse courriel (email) :

## COORDONNÉS PERSONNELLES

Société non concerné

Adresse :

Complément d'adresse :

Code Postal – Ville :

Téléphone fixe :

Envoi courriers adresse : Professionnelle  | Personnelle

## TENUE DE LA COMPTABILITÉ

J'ai recours aux services d'un expert-comptable

OUI  | NON 

Dénomination sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal &amp; Ville : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## MEMBRE D'UNE SOCIÉTÉ CIVILE DE MOYENS (SCM)

Je fais partie d'un groupement de moyens

OUI  | NON 

Dénomination sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal &amp; Ville : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

## ADHÉSION À UNE PRÉCÉDENTE AGA / OMGA

OUI  | NON 

Date de radiation : \_\_\_\_\_

Nom de l'ancienne OMGA : \_\_\_\_\_

## MOTIF DE VOTRE RADIATION

 Cessation d'activité |  Démission volontaire Transfert d'AGA / OMGA Radiation d'office par l'AGA / OMGA*Nous adresser une copie de l'ATTESTATION DE RADIATION.*

## COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'ARAPL AIX-VAUCLUSE

 Expert-comptable Confrère(s) Famille / ami(es) Ancien(ne) adhérent(e) Autre : \_\_\_\_\_ Réseau des ARAPL Place des entreprises UAE Internet

## ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant :

 dans le cadre de l'exercice individuel de ma profession 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 aux Règlements Intérieurs de l'ARAPL (à disposition sur notre Site Internet [www.araplav.org](http://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 :

- tenir les livres journaux conformément à l'un des plans comptables professionnels agréés par le ministère de l'économie et des finances,
- 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,
- respecter mon obligation de souscrire des déclarations sincères et complètes et de suivre les recommandations qui me seront formulées par l'association agréée,
- régler ma cotisation dans les délais fixés par l'ARAPL,
- accepter le règlement des honoraires par carte bancaire ou par chèques libellé à son nom (article 1649 quater E bis du CGI et article 371 Y de l'annexe II du CGI) et à en informer ma clientèle.
- En ce qui concerne les activités non professionnelles, je déclare souscrire à l'engagement d'amélioration de la connaissance des revenus, conformément à l'article 1649 quater F du code général des impôts. Je m'engage à respecter mon obligation de souscrire des déclarations sincères et complètes et de suivre les recommandations qui me seront formulées par l'association agréée.

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.

## informations :

- Si vous rencontrez des difficultés de paiement, vous êtes invité à contacter le service des impôts dont vous dépendez. Vous pouvez également consulter les informations de la Direction Générale des Finances Publiques : <http://www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises>.
- L'ARAPL s'engage à assurer la confidentialité des données collectées et à les utiliser exclusivement dans le cadre de ses missions d'Organisme Mixte de Gestion Agréé (OMGA). Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

*précédée de la mention « lu et approuvé »*