

PERSONNE PHYSIQUE
Début d'activité profession libérale

Exemplaire destiné au Déclarant

Déclaration n° **U7507T140212**

reçue le
transmise le

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE STATUT QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salarié oui non

IDENTITE

2 **NOM DE NAISSANCE MAILLET** Né(e) le **29/06/1988**
Nom d'usage Dépt. **75**
Prénoms **Aurélie** Commune **PARIS**
Pseudonyme Domicile personnel :
4 RUE LAMARTINE
Nationalité **FRANCAISE** Sexe M F Commune : **ROSNY SOUS BOIS**
Code postal : **93110**
Bureau distributeur :

4 AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

Avez-vous effectué une demande d'ACCRE oui non

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 Auto-entrepreneur

ACTIVITE

5 **ADRESSE PROFESSIONNELLE :**
4 RUE LAMARTINE
Code postal : **93110** Commune : **ROSNY SOUS BOIS**

Numéro de liaison : U7507T140212 Date : 20/10/2015 Numéro de feuillet : 1/2 Paraphe :

ACTIVITE

6 **Date de début D'ACTIVITE 01/11/2015**
Vous n'exercez pas d'activité saisonnière
Activité(s) exercée(s) : **PRATICIEN EN EFT (EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES)**
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :
PRATICIEN EN EFT (EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES)
Sa nature :
 Services
Son lieu d'exercice :
 Bureau, cabinet

ACTIVITE NON SEDENTAIRE:

DECLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 Régime micro social
Option de versement Trimestriel Mensuel des cotisations
VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE **2880675120194 50**
Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non
Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général
Assurance maladie : organisme choisi **HARMONIE MUTUELLE n° N9332**

OPTION FISCALE

8 VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC ou Spécial BNC)
 Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

10 **ADRESSE de correspondance :**
4 RUE LAMARTINE Téléphone(s) **06.67.06.61.21**
Code postal : **93110** Commune : **ROSNY SOUS BOIS** Fax/e-mail **a.mai@live.fr**

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux. Quiconque donne, de mauvaise foi, des informations inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales

11 LE DECLARANT désigné au cadre 2 Certifie l'exactitude des renseignements donnés SIGNATURE
 LE MANDATAIRE Fait à **ROSNY SOUS BOIS**
le **20/10/2015**

Numéro de liaison : U7507T140212 Date : 20/10/2015 Numéro de feuillet : 2/2 Paraphe :