**P0 CMB**

**MICRO-ENTREPRENEUR**

cerfa 15253*04

Imprimer | Réinitialiser

# DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE COMMERCIALE ET / OU ARTISANALE

## PERSONNE PHYSIQUE

**RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT**

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|

**1** **Avez-vous déjà exercé une activité non salariée** ☐ **oui** ☐ **non** Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE**

**Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19** **Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 4B, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 18**

## DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

**2** **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____ Pseudonyme _____

Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

☐ Le mineur émancipé est autorisé à être commerçant par décision judiciaire

**Domicile** (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) *: rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

**3** **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur *(remplir cadre 12)* ☐ Conjoint ou pacsé salarié

**4** **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S)**

☐ RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de _____

☐ DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de _____

**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 CMB*

**5** ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

## DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

**6** **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** *Remplir cadre 7*

☐ Etablissement où vous exercez votre activité

☐ Dans une entreprise de domiciliation

☐ Votre domicile personnel *Passer au cadre 8*

**6B** ☐ Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. *préciser le code postal et la commune du marché principal :*

|_|_|_|_|_| _____

**7** **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** *rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du domiciliataire _____

**8** **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

**Activité :** ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant)

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Activité principale _____

**Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :**

☐ Commerce de détail en magasin (surface : |_|_|_| m²

☐ Commerce de détail sur marché ☐ Commerce de détail sur Internet

☐ Commerce de gros ☐ Fabrication, production

☐ Bâtiment, travaux publics ☐ Autre *préciser* _____

**9** **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____

**ENSEIGNE** _____

**10** **EFFECTIF SALARIE :** ☐ non ☐ oui, nombre : |_|_|_| dont : |_|_|_| apprentis |_|_|_| VRP

Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

**11** **ORIGINE DU FONDS**

☐ Création *passer directement au cadre suivant*

☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat

☐ Achat, Partage, Licitation

☐ Autre _____

**Précédent exploitant :** N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

**Location-Gérance ou Gérance-Mandat :**

Dates du contrat : Début |_|_|_|_|_|_|_|_| Fin |_|_|_|_|_|_|_|_|

Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non

**Loueur du fonds ou Mandant du fonds :**

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile / Siège _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

**Pour la gérance-mandat :** N° unique d'identification du mandant |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Greffe d'immatriculation _____

**Achat, Partage, Licitation :** Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du journal _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.

## DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

**12** ☐ **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR**
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

**13** ☐ **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT** ☐ **PROPRIETAIRE INDIVIS**
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile _____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____ Nationalité _____

## DECLARATION SOCIALE

**Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux**

**14** **VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
**POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE :** Titre de séjour N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_| délivré à _____ expirant le |_|_|_|_|_|_|_|_|
**Exercice simultané d'une autre activité :** ☐ oui ☐ non
**Si oui, serez-vous simultanément :** ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre (*préciser*) _____
**VOUS ÊTES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE : périodicité du versement des cotisations** ☐ **mensuelle** ☐ **trimestrielle**

**CONJOINT COLLABORATEUR :** Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) est-il couvert par un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une autre activité professionnelle, du versement d'une pension (retraite/pension d'invalidité) ou d'études ☐ oui ☐ non.
Indiquer son N° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

## OPTION FISCALE HORS EIRL

**15** **VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) : Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu** ☐ oui ☐ non
Versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes (sous conditions cf. notice P0 CMB micro-entrepreneur).

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**16** **OBSERVATIONS :** _____

**17** **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autre : _____
_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

**18** ☐ Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers *(cf. notice)*.

**Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.**
**Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.**

**19** ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*
☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
**nom, prénom / dénomination et adresse**
_____
_____
_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Intercalaire(s) : PEIRL : ☐ oui ☐ non / JQPA |_|_|

Nombre d'intercalaire(s) : P0' |_|_| / NDI |_|_|

**SIGNATURE**

Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

**P0 CMB**

**MICRO-ENTREPRENEUR**

cerfa 15253*04

Imprimer | Réinitialiser

# DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE COMMERCIALE ET / OU ARTISANALE

## PERSONNE PHYSIQUE

**RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT**

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|

**1** **Avez-vous déjà exercé une activité non salariée** ☐ **oui** ☐ **non** Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE**

**Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19** **Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 4B, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 18**

## DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

**2** **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____ Pseudonyme _____

Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

☐ Le mineur émancipé est autorisé à être commerçant par décision judiciaire

**Domicile** (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) *: rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

**3** **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur *(remplir cadre 12)* ☐ Conjoint ou pacsé salarié

**4** **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S)**

☐ RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de _____

☐ DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de _____

**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 CMB*

**5** ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

## DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

**6** **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** *Remplir cadre 7*

☐ Etablissement où vous exercez votre activité
☐ Dans une entreprise de domiciliation
☐ Votre domicile personnel *Passer au cadre 8*

**6B** ☐ Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. *préciser le code postal et la commune du marché principal :*

|_|_|_|_|_| _____

**7** **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** *rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du domiciliataire _____

**8** **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

**Activité :** ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant)

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Activité principale _____

**Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :**

☐ Commerce de détail en magasin (surface : |_|_|_|_| m²
☐ Commerce de détail sur marché ☐ Commerce de détail sur Internet
☐ Commerce de gros ☐ Fabrication, production
☐ Bâtiment, travaux publics ☐ Autre *préciser* _____

**9** **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____

**ENSEIGNE** _____

**10**

**11** **ORIGINE DU FONDS**

☐ Création *passer directement au cadre suivant*
☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat
☐ Achat, Partage, Licitation
☐ Autre _____

**Précédent exploitant :** N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

**Location-Gérance ou Gérance-Mandat :**

Dates du contrat : Début |_|_|_|_|_|_|_|_| Fin |_|_|_|_|_|_|_|_|

Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non

**Loueur du fonds ou Mandant du fonds :**

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile / Siège _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

**Pour la gérance-mandat :** N° unique d'identification du mandant |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Greffe d'immatriculation _____

**Achat, Partage, Licitation :** Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du journal _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.

## DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

**12** ☐ **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR**
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Nationalité _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

**13** ☐ **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT** ☐ **PROPRIETAIRE INDIVIS**
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile _____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____ Nationalité _____

## DECLARATION SOCIALE

**Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux**

**14**

## OPTION FISCALE HORS EIRL

**15**

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**16** **OBSERVATIONS :** _____

**17** **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autre : _____
_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

**18** ☐ Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers *(cf. notice)*.

**Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.**
**Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.**

**19** ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*
☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
**nom, prénom / dénomination et adresse**
_____
_____
_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Intercalaire(s) : PEIRL : ☐ oui ☐ non / JQPA |_|_|

Nombre d'intercalaire(s) : P0' |_|_| / NDI |_|_|

**SIGNATURE**

Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.