

BULLETIN D'INSCRIPTION 2008 - INDIVIDUEL OU ASSOCIÉ

_____		_____	
NOM		PRÉNOM	
_____		_____	
NOM DE JEUNE FILLE (Pour les femmes mariées)		F <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/>	ANNÉE DE NAISSANCE
		SEXE	

Mesdames, les deux noms que vous nous indiquez sont susceptibles d'être utilisés sur tous nos documents

COORDONNÉES PRIVÉES

_____	_____	_____
N°	VOIE	NOM DE VOIE

NOM DE VOIE (SUITE)		
_____	_____	
CP	VILLE	

☎		

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

(Remplaçants, ne mentionnez aucune adresse professionnelle)

_____	_____	_____
N°	VOIE	NOM DE VOIE

NOM DE VOIE (SUITE)		
_____	_____	
CP	VILLE	

☎		
N° SIRET	_____	_____

PROFESSION

Année de Thèse ou de Diplôme |_____|

-
- MÉDECIN
-
-
- RADIOLOGUE
-
-
- BIOLOGISTE

-
- Secteur 1
-
- Secteur 2
-
- 1-DP
-
- Non Conventionné
-
- Spécialité ou compétence

-
- ORTHOPTISTE
-
-
- ORTHOPHONISTE

-
- VÉTÉRINAIRE →
-
- Canin
-
- Rural
-
- Mixte
-
- Equin

-
- KINÉSITHÉRAPEUTE

-
- CHIRURGIEN-DENTISTE →
-
- Orthodontiste exclusif

-
- SAGE-FEMME

-
- AUTRE PROFESSION PARAMÉDICALE Précisez :

HISTORIQUE DE VOTRE ACTIVITÉ

- Date de **début d'activité libérale** |_____| |_____| |_____|
- Avez-vous déjà eu une **interruption d'activité libérale** avec **cessation d'activité** ? OUI - NON
 → Si OUI, à quelle date |_____| |_____| |_____|
- Date d' **installation actuelle** ou de **reprise d'activité** |_____| |_____| |_____|
- Date du **1^{er} remplacement en 2008** |_____| |_____| |_____|

ADHÉSION ASSOCIATION AGRÉÉE

- Avez-vous déjà été **adhérent** d'une Association Agréée à **titre individuel** ? OUI - NON
 → Si OUI, date de rupture de l'adhésion |_____| |_____| |_____|

- **En cas de transfert d'une autre Association Agréée :**

Pour éviter toute **rupture d'adhésion**, votre **demande d'inscription** à l'AGAPS doit avoir été effectuée **avant** la demande de démission de votre Association Agréée.

Afin de valider le transfert, merci de nous fournir un double de votre "**attestation de transfert**".

MODE D'EXERCICE

INDIVIDUEL

éventuellement au sein

d'une **Société Civile de Moyens**

d'une **Convention de Partage de Frais**

ASSISTANT COLLABORATEUR

REMPLAÇANT

ASSOCIÉ D'UNE SOCIÉTÉ

Renseignements sur la société

■ Date de **début d'activité** _____|_____|_____

■ Est-elle **adhérente** de l'AGAPS ?

OUI - NON

➔ Si OUI, **nom** d'un de vos associés :

➔ Si NON, veuillez remplir le bulletin d'inscription "**SOCIÉTÉ**".

Cadre juridique de la société

SCP (société civile professionnelle)

SDF (société de fait) ou **SEP** (société en participation)

En dehors de votre société, avez-vous une **Activité Libérale Individuelle** ? OUI - NON

CEC (convention d'exercice conjoint)

SELARL UNIPERSONNELLE ou **EURL** qui n'ont pas opté pour l'IS

Je m'engage à :

- Tenir les documents prévus aux articles 99 et 101 bis du Code Général des Impôts conformément à l'un des plans comptables professionnels agréés par le Ministre de l'Économie et des Finances.

- Mentionner sur ces documents, pour les recettes, le détail des sommes perçues, l'identité du client, le mode de règlement.

- Accepter le règlement des honoraires par chèques libellés, dans tous les cas, à mon ordre et ne pas endosser ces chèques, sauf pour remise directe à l'encaissement.

- Informer mes clients de ma qualité d'adhérent à une Association Agréée, conformément aux dispositions du décret du 12 mars 1979.

- Inscrire sur les feuilles de maladie ou de soins, conformément aux dispositions de l'article 1991 du Code Général des Impôts et du décret n° 72-480 du 12 juin 1972, l'intégralité des honoraires effectivement perçus même s'ils ne peuvent que partiellement donner lieu à remboursement pour les assurés.

Et, je verse la somme de (Chèque libellé à l'ordre de l'AGAPS) :

Si vous exercez en SCP, c'est votre société qui doit acquitter votre cotisation

J'exerce en	Métropole (TVA à 19,6 %)	DOM (TVA à 8,5 %)	Guyane (sans TVA)
Ma cotisation s'élève à	265 € dont 43,43 € de TVA	240,40 € dont 18,83 € de TVA	221,57 €

Je suis MEMBRE d'un des syndicats fondateurs de l'AGAPS :

CSMF – SNMG – SNVEL – UJCD – SNKG – SNMKR – SNAO

Fait à :

Le :

Signature

Réservé à l'AGAPS

N° de CODE

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sté |_|_|_|_|_|

INDIVIDUEL OU ASSOCIÉ


Bulletin d'inscription 2009

_____		_____	
NOM		PRÉNOM	
_____		F <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/>	_____
NOM DE JEUNE FILLE (Pour les femmes mariées)		SEXE	ANNÉE DE NAISSANCE

Mesdames, les deux noms que vous nous indiquez sont susceptibles d'être utilisés sur tous nos documents

COORDONNÉES PRIVÉES


_____	_____	_____
N°	VOIE	NOM DE VOIE

NOM DE VOIE (SUITE)		
_____	_____	
CP	VILLE	
	_____	

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

(Remplaçants, ne mentionnez aucune adresse professionnelle)

_____	_____	_____
N°	VOIE	NOM DE VOIE

NOM DE VOIE (SUITE)		
_____	_____	
CP	VILLE	
	_____	
N° SIRET	_____	_____

PROFESSION

Année de Thèse ou de Diplôme _____

-
- MÉDECIN
-
-
- RADIOLOGUE
-
-
- BIOLOGISTE

-
- Secteur 1
-
- Secteur 2
-
- 1-DP
-
- Non Conventionné
-
- Spécialité ou compétence

-
- ORTHOPTISTE
-
-
- ORTHOPHONISTE

-
- VÉTÉRINAIRE →
-
- Canin
-
- Rural
-
- Mixte
-
- Equin

-
- KINÉSITHÉRAPEUTE

-
- CHIRURGIEN-DENTISTE →
-
- Orthodontiste exclusif

-
- SAGE-FEMME

-
- AUTRE PROFESSION PARAMÉDICALE

Précisez :

HISTORIQUE DE VOTRE ACTIVITÉ

- Date de **début d'activité libérale** _____
- Avez-vous déjà eu une **interruption d'activité libérale** avec **cessation d'activité** ? OUI - NON
 → Si OUI, à quelle date _____
- Date d' **installation actuelle** ou de **reprise d'activité** _____
- Date du **1^{er} remplacement en 2009** _____

ADHÉSION ASSOCIATION AGRÉÉE

- Avez-vous déjà été **adhérent** d'une Association Agréée à **titre individuel** ? OUI - NON
 → Si OUI, date de rupture de l'adhésion _____

- **En cas de transfert d'une autre Association Agréée :**

Pour éviter toute **rupture d'adhésion**, votre **demande d'inscription** à l'AGAPS doit avoir été effectuée **avant** la demande de démission de votre Association Agréée.

Afin de valider le transfert, merci de nous fournir un double de votre **"attestation de transfert"**.

MODE D'EXERCICE

INDIVIDUEL

éventuellement au sein

d'une **Société Civile de Moyens**

d'une **Convention de Partage de Frais**

ASSISTANT COLLABORATEUR

REMPLAÇANT

ASSOCIÉ D'UNE SOCIÉTÉ

Renseignements sur la société

■ Date de **début d'activité** _____ | _____ | _____

■ Est-elle **adhérente** de l'AGAPS ?

OUI - NON

➔ Si OUI, **nom** d'un de vos associés :

➔ Si NON, veuillez remplir le bulletin d'inscription "**SOCIÉTÉ**".

Cadre juridique de la société

SCP (société civile professionnelle)

SDF (société de fait) ou **SEP** (société en participation)

En dehors de votre société, avez-vous une **Activité Libérale Individuelle** ? OUI - NON

CEC (convention d'exercice conjoint)

SELARL UNIPERSONNELLE ou **EURL** qui n'ont pas opté pour l'IS

Je m'engage à :

- Tenir les documents prévus aux articles 99 et 101 bis du Code Général des Impôts conformément à l'un des plans comptables professionnels agréés par le Ministre de l'Économie et des Finances.
- Mentionner sur ces documents, pour les recettes, le montant, la date, le mode de règlement, l'identité du client

- Accepter le règlement des honoraires par chèques libellés, dans tous les cas, à mon ordre et ne pas endosser ces chèques, sauf pour remise directe à l'encaissement.

- Informer mes clients de ma qualité d'adhérent à une Association Agréée, conformément aux dispositions du décret du 12 mars 1979 et en conséquence, de mon acceptation des règlements par chèque.

- Inscrire sur les feuilles de maladie ou de soins, conformément aux dispositions de l'article L 97 du LPF et du décret n° 72-480 du 12 juin 1972, l'intégralité des honoraires effectivement perçus même s'ils ne peuvent que partiellement donner lieu à remboursement pour les assurés.

Et, je verse la somme de (Chèque libellé à l'ordre de l'AGAPS) :

Si vous exercez en SCP, c'est votre société qui doit acquitter votre cotisation

J'exerce en	Métropole (TVA à 19,6 %)	DOM (TVA à 8,5 %)	Guyane (sans TVA)
Ma cotisation s'élève à	270 € dont 44,25 € de TVA	244,94 € dont 19,19 € de TVA	225,75 €

Je suis MEMBRE d'un des syndicats fondateurs de l'AGAPS :

CSMF - SNMG - SNVEL - UJCD - SNKG - SNMKR - SNAO

Fait à :
Le :

Signature

Réservé à l'AGAPS

N° de CODE

Sté _____

Si vous exercez également une activité BNC non professionnels et que vous souhaitez, à ce titre, adhérer pour l'année 2009, veuillez nous retourner le bulletin d'inscription "BNC non professionnels - Praticien déjà adhérent".