

INDIVIDUEL OU ASSOCIÉ

Bulletin d'inscription 2010

| | | | |
|--|--|---|--------------------|
| _____ | | _____ | |
| 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 _____

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> MÉDECIN <input type="checkbox"/> RADIOLOGUE <input type="checkbox"/> BIOLOGISTE | <input type="checkbox"/> Secteur 1 <input type="checkbox"/> Secteur 2 <input type="checkbox"/> 1-DP <input type="checkbox"/> Non Conventionné Spécialité ou compétence | <input type="checkbox"/> ORTHOPTISTE <input type="checkbox"/> ORTHOPHONISTE |
| <input type="checkbox"/> VÉTÉRINAIRE → <input type="checkbox"/> Canin <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Equin | | <input type="checkbox"/> KINÉSITHÉRAPEUTE |
| <input type="checkbox"/> CHIRURGIEN-DENTISTE → <input type="checkbox"/> Orthodontiste exclusif | | <input type="checkbox"/> SAGE-FEMME |
| <input type="checkbox"/> 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 2010** _____

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 | 280 € dont 45,88 € de TVA | 254,02 € dont 19,90 € de TVA | 234,12 € |

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 2010, veuillez nous retourner le bulletin d'inscription "BNC non professionnels – Praticien déjà adhérent".