

BULLETIN D'INSCRIPTION 2012 - Individuel et / ou Associé

1 État civil

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOM		PRÉNOM	
<input type="text"/>		F <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
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

2 Coordonnées privées

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N°	VOIE	NOM DE VOIE
<input type="text"/>		
NOM DE VOIE (suite)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CP	VILLE	
<input type="text"/>		

Remplaçants, ne mentionnez aucune adresse professionnelle

3 Coordonnées professionnelles

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N°	VOIE	NOM DE VOIE
<input type="text"/>		
NOM DE VOIE (suite)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CP	VILLE	
<input type="text"/>		
N° SIRET <input type="text"/>		

4 Votre adresse e-mail (en majuscules)

<input type="text"/>	@	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

5 Profession

		ANNÉE DE THÈSE OU DE DIPLÔME <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MÉDECIN	<input type="checkbox"/> SECTEUR 1	<input type="checkbox"/> SECTEUR 2
<input type="checkbox"/> RADIOLOGUE	<input type="checkbox"/> 1-DP	<input type="checkbox"/> Non Conventionné
<input type="checkbox"/> BIOLOGISTE	Spécialité ou compétence <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> VÉTÉRINAIRE →	<input type="checkbox"/> Canin	<input type="checkbox"/> Rural
	<input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Equin
<input type="checkbox"/> CHIRURGIEN-DENTISTE →	<input type="checkbox"/> ORTHODONTISTE EXCLUSIF	
<input type="checkbox"/> AUTRE PROFESSION PARAMÉDICALE	Précisez : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ORTHOPTISTE		
<input type="checkbox"/> ORTHOPHONISTE		
<input type="checkbox"/> KINÉSITHÉRAPEUTE		
<input type="checkbox"/> SAGE-FEMME		

6 Historique de votre activité

<input type="checkbox"/> Date de début d'activité libérale	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu une interruption d'activité libérale avec cessation d'activité ?	OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>
→ Si OUI, à quelle date	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Date d'installation actuelle ou de reprise d'activité	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Date du 1 ^{er} remplacement en 2011	<input type="text"/>

7 Adhésion Association Agréée

<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà été adhérent d'une Association Agréée à titre individuel ?	OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>
→ Si OUI, date de rupture de l'adhésion	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> En cas de transfert d'une autre Association Agréée vers l'AGAPS :	
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.	
<i>Afin de valider le transfert, merci de nous fournir une copie de votre "attestation de transfert" de votre ancienne Association Agréée.</i>	

8 Mode d'exercice

INDIVIDUEL EXCLUSIF

et éventuellement

- au sein d'une Société Civile de Moyens
- au sein d'une Convention de Partage de Frais
- ayant opté pour le statut de l'EIRL *non soumise à l'IS*

ASSISTANT COLLABORATEUR

REMPLAÇANT

ASSOCIÉ D'UNE OU DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS NON ADHÉRENTES DE L'AGAPS :

SDF - SEP - SCP pour les vétérinaires

- La ou les sociétés sont-elles adhérentes d'une autre Association Agréée ?

OUI - NON : *merci de nous contacter pour régulariser la situation*

ASSOCIÉ D'UNE SOCIÉTÉ ADHÉRENTE DE L'AGAPS :

SCP - SDF - SEP - SELARL - EURL - CEC

- Date d'intégration dans cette société
- Nom d'un de vos associés ou n° d'adhérent de la société
- Avez-vous une activité libérale individuelle en dehors de la société ?

OUI - NON

9 Si vous avez un expert-comptable (à renseigner impérativement)

NOM					
N°	VOIE	NOM DE VOIE			
CP	VILLE			N° SIRET	
ADRESSE E-MAIL (en majuscules)					

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) :

	Métropole (TVA à 19,6 %)	DOM (TVA à 8,5 %)	Guyane (sans TVA)
Cotisation à payer	310 € dont 50,80 € de TVA	281,23 € dont 22,03 € de TVA	259,20 €

Pour information, je suis ADHÉRENT d'un des syndicats fondateurs de l'AGAPS :

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

Si vous exercez au sein d'une société déjà adhérente à l'AGAPS, votre cotisation doit être acquittée par la société.

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 2012, veuillez nous retourner le bulletin d'inscription "BNC non professionnels - Individuel".