

Bulletin d'inscription INDIVIDUEL 2023

Si vous exercez au sein d'une société avec partage d'honoraires, vous devez remplir un "bulletin d'inscription 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"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
NOM DE JEUNE FILLE (pour les femmes mariées)		Sexe	Date de naissance

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"/>	

3 Coordonnées professionnelles

Remplaçant : ne mentionnez aucune adresse professionnelle, mais complétez le SIRET

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

4 Votre adresse e-mail (lisible et en majuscules)

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

5 Profession

ANNÉE DE THÈSE OU DE DIPLÔME

<input type="checkbox"/> MÉDECIN	Spécialité ou compétence <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ORTHOPTISTE
<input type="checkbox"/> RADIOLOGUE	<input type="radio"/> SECTEUR 1 <input type="radio"/> SECTEUR 2 <input type="radio"/> 1-DP <input type="radio"/> Non Conventionné	<input type="checkbox"/> ORTHOPHONISTE
<input type="checkbox"/> BIOLOGISTE	<input type="radio"/> MÉDECIN <input type="radio"/> PHARMACIEN	<input type="checkbox"/> HYPNOTHERAPEUTE
<input type="checkbox"/> VÉTÉRINAIRE →	<input type="radio"/> Canin <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Mixte <input type="radio"/> Equin	<input type="checkbox"/> KINÉSITHÉRAPEUTE
<input type="checkbox"/> CHIRURGIEN-DENTISTE →	<input type="radio"/> ORTHODONTISTE EXCLUSIF	<input type="checkbox"/> SAGE-FEMME
<input type="checkbox"/> AUTRE PROFESSION : précisez	<input type="text"/>	

6 Historique de votre activité et de votre appartenance à une Association Agréée

- Date de début de votre activité libérale ACTUELLE quel que soit votre statut (remplaçant, installé)..... / /
→ Joindre une copie de votre certificat d'inscription au Répertoire des Entreprises et des Établissements (SIRENE) délivré par l'INSEE.
→ 1^{re} adhésion : remplissez le « Questionnaire première adhésion ».
- Si vous avez été successivement remplaçant puis installé, date de votre installation / /
- Si vous exercez exclusivement dans une société avec partage d'honoraires dont vous n'êtes plus associé.
Date de votre début d'activité individuelle / /
- Étiez-vous déjà adhérent d'un autre Organisme Agréé ? OUI - NON

7 Mode d'exercice

- Individuel Assistant collaborateur Remplaçant
 Au sein d'une **Société Civile de Moyens** (SCM)
 Au sein d'une **Convention de Partage de Frais** (CPF)
Et éventuellement Au sein d'une **Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires** (SISA)

8 Dématérialisation des déclarations professionnelles

Je déclare choisir de télétransmettre à la DGFIP mes déclarations de résultat ou mes données comptables, leurs annexes, les autres documents les accompagnant et toutes informations complémentaires ainsi que, s'il y a lieu, la déclaration n° 1330-CVAE et la déclaration DECLOYER par l'intermédiaire de :

L'AGAPS Mon expert-comptable

Nom du cabinet :
Nom du collaborateur :
Adresse :
N° Siret : Téléphone :
E-mail :

9 Comment nous avez-vous connus ?

- Un confrère Internet Syndicat Encart publicitaire Lors d'une manifestation Autre

10 Engagements

Je déclare souscrire à l'engagement d'amélioration de la connaissance des revenus conformément à l'article 1649 quater F du code général des impôts.

Je m'engage à :

- Tenir les documents comptables prévus à l'article 99 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.
- Respecter mon obligation de souscrire des déclarations sincères, complètes, régulières et en concordance avec ma comptabilité et à suivre les recommandations qui me seront formulées par l'association agréée à laquelle je souhaite adhérer.

- Communiquer les déclarations de résultat, l'ensemble des données utilisées pour la détermination du résultat imposable et toutes justifications dans le cadre de l'examen de concordance, de cohérence et de vraisemblance (ECCV) et l'examen périodique de sincérité (EPS).

- Informer l'AGAPS, conformément aux dispositions de l'instruction n°5J-1-09 du 22 avril 2009 et de l'article II-6 des statuts, de l'option choisie pour la télétransmission des déclarations de résultat et mes documents annexes au Service des Impôts.

- Informer mes clients, dans mes locaux et sur ma correspondance, de ma qualité d'adhérent à une association agréée, conformément aux dispositions des décrets du 12 mars 1979 et du 13 octobre 2016.

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

- Suivre les recommandations qui me sont adressées, conformément aux articles 371 X à 371 Z de l'annexe II du Code Général des Impôts, par les ordres et les organisations dont je relève, en vue d'améliorer la connaissance des revenus de leurs ressortissants.

- Pour les professions de santé, 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.

- Respecter les statuts de l'AGAPS dont j'ai pris connaissance (disponibles sur www.agaps.com) et plus particulièrement des articles I-5 et III-1 à III-4.

Et, je verse la somme de € (voir cadre "Cotisations") au titre du régime de la **Déclaration Contrôlée** - **Micro BNC** ou **Auto entrepreneur**.

Je demande mon adhésion au titre de l'activité désignée cadre 5.

Je demande mon adhésion au titre d'une activité BNC non professionnelle, précisez la nature :

Fait à :

Signature

Le :

Date de la demande préalable
auprès de l'AGAPS

N° de CODE

A.

Cotisations

Métropole (TVA à 20 %)

DOM (TVA à 8,5 %)

Guyane (sans TVA)

<input type="checkbox"/> Adhérent au régime de la déclaration contrôlée	338 € dont 56,33 € de TVA	305,61 € dont 23,94 € de TVA	281,67 €
<input type="checkbox"/> 1 ^{re} année d'activité et adhérent au régime de la déclaration contrôlée	60,00 € dont 10,00 € de TVA	54,25 € dont 4,25 € de TVA	50,00 €
<input type="checkbox"/> Adhérent au régime "Micro BNC" et n'ayant pas opté pour la déclaration contrôlée	60,00 € dont 10,00 € de TVA	54,25 € dont 4,25 € de TVA	50,00 €
<input type="checkbox"/> Adhérent au régime de l'Auto entrepreneur			

QUESTIONNAIRE PREMIÈRE ADHÉSION

NOM :

Demande d'adhésion 2023

Les renseignements ci-dessous nous permettent de déterminer si vous pouvez vous placer sous le régime Micro-BNC.

- ❖ Je précise que c'est ma première adhésion à une Association Agréée..... Oui - Non
- ❖ Je ne suis pas au Micro et ne souhaite pas me placer sous ce régime..... Oui - Non
- ❖ Je suis au Micro ou souhaite me placer sous le régime de la déclaration contrôlée* ... Oui - Non

Complétez le tableau ci-dessous :

Année	Pas d'activité	Régime déclaratif		Montant des recettes
		Micro	Déclaration contrôlée n°2035*	
2022	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
2021	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

* **Attention** : le passage de la déclaration contrôle au régime Micro ne peut se faire que sous certaines conditions de délais

Cadre réservé à l'AGAPS :

Régime d'imposition : Micro possible pour 2023 Déclaration contrôlée obligatoire pour 2023
 Attente

Réviseur

N° adh :