

Imprimer

Réinitialiser

1 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'IMPRIMÉ : M0 SARL, SELARL M0 SNC, Société en commandite M0 Société civile
 M2 M3 M3 SARL, SELARL TNS suite des ayants droits

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 DÉNOMINATION SOCIALE

Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification

DÉCLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIÉ

3 NOM DE NAISSANCE

Prénoms _____ Nom d'usage _____

VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

Votre conjoint collaborateur est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie Oui Non

ASSURANCE MALADIE – Régime actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole ENIM Autre

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : _____ Dépt. _____ Commune _____

Date de cessation JJMMIAAAA

Exercice simultané d'une autre activité : oui non

Si oui, serez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre (préciser)

Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux Oui Non

Si vous êtes biologiste, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux Oui Non

4 POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé concubin qui a choisi le statut de collaborateur (gérance associé unique ou gérance majoritaire)
(pour le statut conjoint collaborateur, durée globale limitée à cinq ans)
ou d'associé (gérance majoritaire)

Indiquer son n° de sécurité sociale _____ POUR LE CONJOINT ASSOCIÉ : Nom de naissance _____ Nom d'usage _____

Prénoms _____ Né(e) le JJMMIAAAA à _____ Nationalité _____

POUR UNE SARL DONT LE GÉRANT EST L'ASSOCIÉ UNIQUE ET OPTÉ POUR LE RÉGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations mensuelle trimestrielle

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

5 OBSERVATIONS :

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices)

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

6 LE DÉCLARANT désigné au cadre 3
 LE MANDATAIRE
Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____
Le JJMMIAAAA

SIGNATURE :