

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE U

PERSONNE PHYSIQUE Début d'activité artisanale

Exemplaire destiné au Déclarant

Déclaration n° **U1301T229000**

reçue le
transmise le

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE REGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salarié ☐ oui ☒ non

IDENTITE

NOM DE NAISSANCE **VACHIER**

Nom d'usage

Prénoms **Maeva**

Pseudonyme

Nationalité **FRANCAISE**

Sexe ☐ M ☒ F

Né(e) le **20/09/1979**

Dépt. **99** Pays **POLYNESIE FRANCAISE**

Commune **UTUROA, RAIATEA**

Domicile personnel :

**CHEMIN
CARRAIRE DES
TRISSONNES**

Commune : **LA ROQUE D'ANTHERON**

Code postal : **13640**

Bureau distributeur :

4 AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)

Avez-vous effectué une demande d'ACCRES ☐ oui ☒ non

ACTIVITE

ADRESSE PROFESSIONNELLE : **CHEMIN CARRAIRE DES TRISSONNES**

1 CLOS DES CERISIERS

Code postal : **13640** Commune : **LA ROQUE D'ANTHERON**

ACTIVITE

Date de début D'ACTIVITE 15/02/2009

Vous n'exercez **pas** d'activité saisonnière

Vous n'exercez **pas** une activité sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) exercée(s) : **ONGLERIE**

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

ESTHETIQUE

Sa nature :

☒ Services

Son lieu d'exercice :

☒ En clientèle

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

☒ Régime micro social

Option de versement ☒ Trimestriel ☐ Mensuel des cotisations

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE **2790998758001 80**

Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ oui ☐ non

Votre régime d'assurance maladie actuel : ☒ Régime général

Assurance maladie : organisme choisi **FMP - CAMPI n° N7562**

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
ESPOSITO <i>Fabio</i>	18/02/2005 05061 FRANCE GAP sexe : M	4	☒	☐	FRANCAISE			
GARIN <i>Timeo</i>	09/06/2008 13001 FRANCE AIX EN PROVENCE sexe : M	4	☐	☒	FRANCAISE			

OPTION FISCALE

VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC ou Spécial BNC)

☒ Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 OBSERVATIONS : ***OPTION POUR LE VERSEMENT LIBERATOIRE DE L'IMPOT SUR LE REVENU***

10 ADRESSE de correspondance :
CHEMIN CARRAIRE DES TRISSONNES
1 CLOS DES CERISIERS
 Code postal : **13640** Commune : **LA ROQUE D'ANTHERON**

Téléphone(s) **04.88.05.01.72**
06.26.03.73.69
 Fax/e-mail **VACHIER.MAEVA@HOTMAIL.FR**

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.
 Quiconque donne, de mauvaise foi, des informations inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales

11 ☒ **LE DECLARANT** *désigné au cadre 2*
☐ **LE MANDATAIRE**

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à **LA ROQUE D'ANTHERON**
 le **23/01/2009**

SIGNATURE

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE U

PERSONNE PHYSIQUE Début d'activité artisanale

Déclaration n° **U1301T229000**

reçue le
transmise le

Exemplaire destiné au Centre de Formalités des Entreprises

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE REGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salarié ☐ oui ☒ non

IDENTITE

NOM DE NAISSANCE **VACHIER**

Né(e) le **20/09/1979**

Nom d'usage

Dépt. **99** Pays **POLYNESIE FRANCAISE**

Prénoms **Maeva**

Commune **UTUROA, RAIATEA**

Domicile personnel :

**CHEMIN
CARRAIRE DES
TRISSONNES**

Pseudonyme

Commune : **LA ROQUE D'ANTHERON**

Nationalité **FRANCAISE**

Sexe ☐ M ☒ F

Code postal : **13640**

Bureau distributeur :

4 AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

Avez-vous effectué une demande d'ACCRES ☐ oui ☒ non

ACTIVITE

ADRESSE PROFESSIONNELLE : **CHEMIN CARRAIRE DES TRISSONNES**

1 **CLOS DES CERISIERS**

Code postal : **13640** Commune : **LA ROQUE D'ANTHERON**

ACTIVITE

Date de début D'ACTIVITE 15/02/2009

Vous n'exercez **pas** d'activité saisonnière

Vous n'exercez **pas** une activité sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) exercée(s) : **ONGLERIE**

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

ESTHETIQUE

Sa nature :

☒ Services

Son lieu d'exercice :

☒ En clientèle

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

☒ Régime micro social

Option de versement ☒ Trimestriel ☐ Mensuel des cotisations

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE **2790998758001 80**

Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ oui ☐ non

Votre régime d'assurance maladie actuel : ☒ Régime général

Assurance maladie : organisme choisi **FMP - CAMPI n° N7562**

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
ESPOSITO <i>Fabio</i>	18/02/2005 05061 FRANCE GAP sexe : M	4	☒	☐	FRANCAISE			
GARIN <i>Timeo</i>	09/06/2008 13001 FRANCE AIX EN PROVENCE sexe : M	4	☐	☒	FRANCAISE			

OPTION FISCALE

VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC ou Spécial BNC)

☒ Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 OBSERVATIONS : ***OPTION POUR LE VERSEMENT LIBERATOIRE DE L'IMPOT SUR LE REVENU***

10 ADRESSE de correspondance :
CHEMIN CARRAIRE DES TRISSONNES
1 CLOS DES CERISIERS
 Code postal : **13640** Commune : **LA ROQUE D'ANTHERON**

Téléphone(s) **04.88.05.01.72**
06.26.03.73.69
 Fax/e-mail **VACHIER.MAEVA@HOTMAIL.FR**

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.
 Quiconque donne, de mauvaise foi, des informations inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales

11 ☒ **LE DECLARANT** *désigné au cadre 2*
☐ **LE MANDATAIRE**

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à **LA ROQUE D'ANTHERON**
 le **23/01/2009**

SIGNATURE