



Organisme Mixte de Gestion Agréé
au service des Professions Libérales, Commerçants
Artisans et Agriculteurs

Siège social :
CAEN - 15 Rue Karl Probst 14050- CS 85092 - CAEN Cedex 4
(Tél : 02.31.95.59.00)
Bureau secondaire :
EVREUX : 3 rue du Jardin Botanique - 27000 EVREUX
(Tél : 02.32.62.23.80)
Permanences :
ROUEN - 57 Avenue de Bretagne 76100 - ROUEN
(Tél : 02.35.52.82.01)
NANCY - 4 Rue Piroux 54048 - NANCY Cedex
(Tél : 03.83.85.00.40)
CHERBOURG - 3 Rue de Franche Comté (CS 50311)
50103 - CHERBOURG-OCTEVILLE Cedex
(Tél : 02.33.88.46.78)

Réservé à l'AGILA
N° Adh
Date d'effet

www.aqa-agila.fr

Bulletin d'adhésion

1 Etat civil

<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM	PRENOM
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM DE JEUNE FILLE	<input type="checkbox"/> F - <input type="checkbox"/> M <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Sexe Date de naissance

2 Coordonnées professionnelles

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
N°	NOM DE VOIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	VILLE
	<input type="text"/>
	Téléphone (Fixe) Professionnel
	<input type="text"/>
	Téléphone (Portable) Professionnel

3 Coordonnées personnelles

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
N°	NOM DE VOIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	VILLE
	<input type="text"/>
	Téléphone (Fixe) Privé
	<input type="text"/>
	Téléphone (Portable) Privé

4 Votre adresse e-mail

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

5 Activité

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Installé(e) <input type="checkbox"/> Remplaçant(e) <input type="checkbox"/> Collaborateur(trice)	
Nom profession (Medecins préciser Secteur C1 ou C2)		
Régime de T.V.A.	<input type="checkbox"/> Exonéré <input type="checkbox"/> H.T. <input type="checkbox"/> T.T.C.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SIRET	Code APE	Date de début d'activité
(14 caractères)	(4 chiffres + 1 lettre)	

6 Adhésion Organisme Agréé

- Avez-vous déjà été adhérent d'un Organisme Agréé à titre individuel ? OUI
 NON

⇒ Si OUI, date de rupture de l'adhésion

- En cas de transfert d'un Organisme Agréé vers l' AGILA :
Afin de valider le transfert, merci de nous fournir une copie de votre **"attestation de transfert"**
datant de moins d'un mois de votre ancien Organisme Agréé,

- Par quel moyen avez-vous connu l'AGILA ? Bouche à oreille Internet Expert-comptable
 CCI Autre :

7 Expert-comptable

- Avez-vous recours à un expert-comptable ? OUI NON

⇒ Si OUI, veuillez compléter ses coordonnées

NOM

ADRESSE

Téléphone

Adresse email

⇒ Si NON :

- Souhaitez-vous que l'AGILA établisse votre déclaration n° 2035 (BNC) ? OUI NON
■ Souhaitez-vous une assistance complémentaires pour le régime micro BNC ? OUI NON

8 Régime fiscal

Professions Libérales - BNC :

- Déclaration contrôlée n° 2035
 Régime Déclaratif Spécial (Micro-Bnc)

Agriculteurs - BA, Artisans, Commerçant - BIC
Exercice comptable fixé du : / / au / /

- Régime Micro-entreprise
 IR Régime Réel Simplifié sur Option
 IS Régime Réel Normal de Droit

9 Prélèvements

- Souhaitez-vous que la cotisation soit prélevée (excepté micro) ?

OUI (merci de nous adresser un RIB) NON

⇒ Si OUI, combien de prélèvement souhaitez-vous ? 1 fois 5 fois 10 fois

Mon adhésion implique l'engagement :

- de présenter mes documents comptables, afin de faire viser ma déclaration par l'AGILA, y compris les déclarations de T.V.A.
- d'autoriser l'AGILA à communiquer à l'agent de l'administration fiscale qui apporte son assistance technique, ma déclaration,
- d'accepter le règlement des sommes dues par chèques libellés à mon nom ou carte bancaire,
- de verser une cotisation annuelle fixée par le conseil d'administration,

J'ai noté qu'en exécution des dispositions légales, ou réglementaires, en cas de manquements graves répétés aux engagements sus-énoncés, je serai exclu de l'Association et déchu des droits y attachés, En foi de quoi je signe le présent bulletin d'adhésion.

Fait à :

Le :

Signature :