

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE U

PERSONNE PHYSIQUE Début d'activité profession libérale

Déclaration n° **U5401T946230**

reçue le
transmise le

Exemplaire destiné au Déclarant

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE STATUT 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

2 NOM DE NAISSANCE **GIUDICELLI**

Né(e) le **15/04/1959**

Nom d'usage

Dépt. **75**

Prénoms **Patricia**

Commune **PARIS**

Pseudonyme

Domicile personnel :
3 RUE Villebois Mareuil

Nationalité **FRANCAISE**

Sexe M F

Commune : **NANCY**

Code postal : **54000**

Bureau distributeur :

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

Avez-vous effectué une demande d'ACCRE oui non

4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté: Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL Auto-entrepreneur

ACTIVITE

5 ADRESSE PROFESSIONNELLE :

3 RUE Villebois Mareuil

Code postal : **54000** Commune : **NANCY**

ACTIVITE

6 Date de début D'ACTIVITE **07/01/2012**

Vous n'exercez pas d'activité saisonnière

Activité(s) exercée(s) : **LA FORMATION PROFESSIONNELLE DESTINEE A DES ADULTES ENTRES DANS LA VIE ACTIVE**

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

FORMATION CONTINUE D'ADULTES

Sa nature :

Services

Son lieu d'exercice :

En clientèle

ACTIVITE NON SEDENTAIRE:

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 Régime micro social

Option de versement Trimestriel Mensuel des cotisations

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE **2590475118173 65**

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 **MUT EST** n° **N6764**

Resterez-vous simultanément Salarié

OPTION FISCALE

8 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

10 ADRESSE de correspondance :

3 RUE Villebois Mareuil

Code postal : **54000** Commune : **NANCY**

Téléphone(s) **06.14.79.58.57**

Fax/e-mail **patgiudicelli@gmail.com**

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 **NANCY**

le **12/01/2012**

SIGNATURE

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE U

PERSONNE PHYSIQUE Début d'activité profession libérale

Déclaration n° **U5401T946230**

reçue le
transmise le

Exemplaire destiné au Centre de Formalités des Entreprises

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE STATUT 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

2 NOM DE NAISSANCE **GIUDICELLI**

Né(e) le **15/04/1959**

Nom d'usage

Dépt. **75**

Prénoms **Patricia**

Commune **PARIS**

Pseudonyme

Domicile personnel :
3 RUE Villebois Mareuil

Nationalité **FRANCAISE**

Sexe M F

Commune : **NANCY**

Code postal : **54000**

Bureau distributeur :

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

Avez-vous effectué une demande d'ACCRE oui non

4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté: Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL Auto-entrepreneur

ACTIVITE

5 ADRESSE PROFESSIONNELLE :
3 RUE Villebois Mareuil
Code postal : **54000** Commune : **NANCY**

ACTIVITE

6 Date de début D'ACTIVITE **07/01/2012**

Vous n'exercez pas d'activité saisonnière

Activité(s) exercée(s) : **LA FORMATION PROFESSIONNELLE DESTINEE A DES ADULTES ENTRES DANS LA VIE ACTIVE**

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

FORMATION CONTINUE D'ADULTES

Sa nature :

Services

Son lieu d'exercice :

En clientèle

ACTIVITE NON SEDENTAIRE:

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 Régime micro social

Option de versement Trimestriel Mensuel des cotisations

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE **2590475118173 65**

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 **MUT EST** n° **N6764**

Resterez-vous simultanément Salarié

OPTION FISCALE

8 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

10 ADRESSE de correspondance :

3 RUE Villebois Mareuil

Code postal : **54000** Commune : **NANCY**

Téléphone(s) **06.14.79.58.57**

Fax/e-mail **patgiudicelli@gmail.com**

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 **NANCY**

le **12/01/2012**

SIGNATURE