

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2017

### Individuel

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"/>
NOM DE JEUNE FILLE (Pour les femmes mariées)	Sexe
	Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

#### 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"/>	<input type="text"/>	
<i>Remplaçants ne mentionnez aucune adresse professionnelle</i>		

#### 3 Coordonnées professionnelles

<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"/>	<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="checkbox"/> ORTHOPHONISTE
<input type="checkbox"/> BIOLOGISTE	<input type="checkbox"/> SECTEUR 1 <input type="checkbox"/> SECTEUR 2 <input type="checkbox"/> 1-DP <input type="checkbox"/> Non Conventionné	
<input type="checkbox"/> VÉTÉRINAIRE →	<input type="checkbox"/> Canin <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Equin	<input type="checkbox"/> KINÉSITHÉRAPEUTE
<input type="checkbox"/> CHIRURGIEN-DENTISTE →	<input type="checkbox"/> 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

Les dates renseignées ci-dessous nous permettront d'établir si vous pouvez bénéficier de la non majoration de 25 % pour l'année 2017

- Date de début de votre **première activité libérale** quelque 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.**
  - Si en 2017 vous avez été successivement remplaçant puis installé, date de votre installation .....  /  /
  - Si vous avez eu une interruption d'activité libérale avec cessation d'activité  
Date de reprise d'activité .....  /  /
  - Si vous avez déjà été **adhérent d'une Association Agréée** à titre individuel
    - ➔ Date à laquelle vous avez perdu la qualité d'adhérent .....  /  /
    - ou
    - ➔ S'il s'agit d'un transfert, merci de nous fournir une "attestation de transfert" de votre ancienne Association Agréée établissant que vous avez perdu la qualité d'adhérent depuis moins d'un mois et le motif de la rupture.

## 7 Mode d'exercice

INDIVIDUEL EXCLUSIF

et éventuellement

- au sein d'une Société Civile de Moyens
- au sein d'une Convention de Partage de Frais
- au sein d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- ayant opté pour le statut de l'EURL ou l'EIRL non soumise à l'IS

ASSISTANT COLLABORATEUR

REMPLAÇANT

## 8 Dématérialisation des déclarations professionnelles

Dans le cadre de l'obligation de dématérialiser les déclarations professionnelles vous aurez recours aux services :

- De l'AGAPS → *Mandat à nous retourner complété*
- De votre expert-comptable

## 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 5 bis 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](http://www.agaps.com)) et plus particulièrement des articles 5, 5 bis et 19.

Et, je verse la somme de ..... € (voir cadre cotisations) au titre du régime  de la Déclaration Contrôlée -  Micro BNC / de l'Auto entrepreneur.

Fait à :

Le :

Signature

Réservé à l'AGAPS

N° de CODE

Montant des cotisations	Métropole (TVA à 20 %)	DOM (TVA à 8,5 %)	Guyane (sans TVA)
<input type="checkbox"/> 1ère année d'activité et adhérent soumis au régime de la déclaration contrôlée	55 € dont 9,16 € de TVA	49,73 € dont 3,90 € de TVA	45,83 €
<input type="checkbox"/> Adhérent soumis au régime de la déclaration contrôlée	326 € dont 54,34 € de TVA	294,76 € dont 23,10 € de TVA	271,66 €
<input type="checkbox"/> Adhérent soumis au régime "Micro BNC" et n'ayant pas opté pour la déclaration contrôlée	50 € dont 8,34 € de TVA	45,20 € dont 3,54 € de TVA	41,66 €
<input type="checkbox"/> Adhérent soumis au régime de l'Auto entrepreneur			

Si vous rencontrez des **difficultés pour respecter vos obligations fiscales de paiement pour vos impôts** :

- Nous vous invitons à contacter le service des impôts dont vous dépendez.
- En cas de difficultés particulières nous tenons à votre disposition une information complémentaire relative aux dispositifs d'aide aux entreprises en difficulté.

Pour en savoir plus, **demandez-nous une information complémentaire** sur les différentes solutions susceptibles d'être mises en œuvre ou consultez :

- Pour vos dettes fiscales et sociales professionnelles : <http://www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises>
- Pour vos impôts sur les revenus ou impôts locaux : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3124>

Si vous exercez également une activité "BNC non professionnels" et que vous souhaitez, à ce titre, adhérer pour l'année 2017, contactez-nous.



**Association de Gestion Agréée des Professions de Santé**  
3 rue Kepler  
75781 Paris Cedex 16

Je soussigné(e)

(Si société)  
représentant la société

N° Siret

exerçant à  
(adresse privée pour les remplaçants)

adhérent(e) sous la référence

**déclare choisir de télétransmettre à la DGFIP** mes déclarations de résultat ou des 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 :**

- Via le "**PORTAIL AGAPS**" de saisie en ligne [www.agapsenligne.net](http://www.agapsenligne.net)
- Ou via **mon logiciel** respectant la **norme EDI-TDFC**

*Dès lors, le présent document vaut mandat de ma part à l'AGAPS pour accomplir en mon nom toutes formalités nécessaires à ma souscription à la procédure TDFC.*

Fait à ..... , le .....

Signature :

**Cadre A**

*Si vous  
établiez  
vous-même  
votre  
déclaration*

**par l'intermédiaire de mon cabinet comptable** et le partenaire EDI de son choix.

J'ai donné mandat à cet effet à :

Nom du cabinet : .....

Collaborateur en charge : .....

Adresse : .....

N° siret : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**Cadre B**

*Si votre  
déclaration  
est établie  
par  
un cabinet  
comptable*