

## BULLETIN D'ADHÉSION ou de TRANSFERT



### IDENTIFICATION :

#### VOTRE MODE D'EXERCICE

##### EN INDIVIDUEL

M.  Mme

##### EN SOCIÉTÉ

SCP  SEL  SDF  AARPI  SELARL  SELAS  EURL  SCI  
 EURL  SARL  SAS  SNC  GAEC  EARL  Autre

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ou dénomination sociale (1) : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

Tél professionnel : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_ Tel personnel : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_ Code APE - NAF \_\_\_\_\_

#### DÉSIGNATION DES ASSOCIÉS (2)

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

(1) Les Statuts ou un acte justificatif de la forme sous laquelle a lieu l'exercice en groupe doivent être joints sans faute au bulletin d'adhésion.

(2) L'adhésion concerne nécessairement l'ensemble des Associés ou membres - Tout mouvement à l'intérieur du groupe doit être signalé obligatoirement à l'Association.



### VOTRE ACTIVITÉ :

Profession : \_\_\_\_\_

#### RÉGIME D'IMPOSITION

IR  
 IS  
 Micro-entreprise

#### CATÉGORIE FISCALE BIC/BA

Régime simplifié de Droit  
 Régime normal sur Option  
 Régime normal de Droit

#### CATÉGORIE FISCALE BNC

Déclaration contrôlée sur Option  
 Déclaration contrôlée de Droit

#### TVA

CA3  
 C12  
 Franchise  
 Exonéré

Si Profession Libérale, spécialité : \_\_\_\_\_ Si médecin, secteur : \_\_\_\_\_

Remplaçant  Collaborateur  Installé

Destination de votre courrier  Professionnelle  Personnelle

**SUIVI DE VOTRE DOSSIER SUR :**  Rennes  Nantes  Brest  Laval  Angers  Lorient

Nom SIE (Services Impôts Entreprises) : \_\_\_\_\_

Date de début d'activité : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Installation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Réinstallation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de début d'exercice : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de fin d'exercice : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



### VOTRE ADHÉSION :

#### TENUE DE VOTRE COMPTABILITÉ :

J'assure moi-même la tenue de ma comptabilité  
 J'ai recours à un professionnel de la comptabilité

Nom et coordonnées du cabinet : \_\_\_\_\_

**PREMIÈRE ADHÉSION**

**TRANSFERT D'UN AUTRE ORGANISME :**

Nom et coordonnées de l'Organisme actuel : \_\_\_\_\_

J'ai réglé ma cotisation de cette année à cet Organisme  
Date de radiation de cet Organisme \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je déclare avoir pris connaissance des engagements et recommandations listés au verso du présent bulletin d'adhésion et adhérer à l'ARAPL Grand Ouest.

Fait le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'adhérent précédée de la mention manuscrite «Lu et approuvé»

## VOS ENGAGEMENTS :

En adhérant à l'ARAPL Grand Ouest, je prends l'engagement :

- de produire tous les éléments nécessaires à l'établissement d'une comptabilité sincère,
- de payer la cotisation annuelle dès son appel, et tant que durera mon adhésion,
- de souscrire à l'engagement pris par l'Association d'améliorer la connaissance des revenus de ses ressortissants, conformément au décret 77-1520 du 31 Décembre 1977, et à l'article 1649 quater F du Code Général des Impôts,
- de suivre, sur demande de l'Association, les formations obligatoires que le Conseil d'Administration a sélectionné à destination des adhérents sans conseil .

J'ai pris bonne note des dispositions du BOFIP BOI-DJC-OA-20-10-50 du 05/07/2017 me permettant de me faire représenter à toutes les formations à caractère fiscal, comptable et de gestion proposées par l'ARAPL Grand Ouest, par un bénéficiaire que je désignerai (conjoint,...).

En outre, j'autorise l'OMGA à communiquer à l'agent de l'Administration Fiscale, qui apporte son assistance technique à l'OMGA, les éléments nécessaires à l'établissement de ma comptabilité.

**En vertu du deuxième alinéa de l'article 1649 quater H du Code Général des Impôts, je donne expressément mandat à l'ARAPL Grand Ouest pour la dématérialisation et la télétransmission aux services fiscaux de mes déclarations professionnelles, leurs annexes et des attestations d'adhésion délivrées par l'OMGA, par l'intermédiaire du partenaire EDI de son choix.**

En cas de manquements graves ou répétés aux engagements et obligations sus-énoncés, l'OMGA pourra prononcer mon exclusion, après m'avoir permis - avant toute décision d'exclusion - de présenter ma défense sur les faits qui me sont reprochés.

## OBLIGATIONS FISCALES DE PAIEMENT :

Si vous rencontrez des difficultés de paiement, vous êtes invité(e) à contacter le service des impôts dont vous dépendez. En cas de difficultés particulières, et sur demande, une information complémentaire relative aux dispositifs d'aide aux entreprises en difficulté peut vous être proposée par l'ARAPL Grand Ouest.

Pour tout complément d'information, consultez le site internet : [www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises](http://www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises).

## TARIFS 2019 :

Type d'imposition	Cotisation HT	Cotisation TTC
BNC déclaration contrôlée	175 €	210 €
BNC primo adhérent	50 €	60 €
BIC/BA déclaration contrôlée	170 €	204 €
BIC/ BA primo adhérent	50 €	60 €
Micro Entrepreneur BNC/BIC/BA 1ère année	50 €	60 €
Micro Entrepreneur BNC/BIC/BA 2ème et plus	87,50 €	105 €

## PROTECTION DE VOS DONNÉES :

**Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.**

Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'ARAPL Grand Ouest.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à :

ARAPL GRAND OUEST  
107 avenue Henri Fréville - CS 80738  
35207 RENNES CEDEX 2  
Tél : 02 99 53 60 70  
Courriel : [adhesion@araplgo.org](mailto:adhesion@araplgo.org)

