TNS

Imprimer

Réinitialiser

cerfa 11686*07

Intercalaire

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

RESERVE AU CFE U E F K

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DE L'IMPRIME : ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile ☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des ayants droits

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 DENOMINATION SOCIALE _____

Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE

3 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____

Prénoms _____ Qualité _____

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Votre conjoint collaborateur est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ Oui ☐ Non

ASSURANCE MALADIE – Régime actuel : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ ENIM ☐ Autre _____

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : _____ Dépt. |_|_| Commune _____

Date de cessation |_|_|_|_|_|_|_|_|

Exercice simultané d'une autre activité : ☐ oui ☐ non

Si oui, serez-vous simultanément : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre (*préciser*) _____

Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes biologiste, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

4 POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé qui a choisi le statut de ☐ collaborateur (gérant associé unique ou gérance majoritaire) ou ☐ d'associé (gérance majoritaire)

Indiquer son n° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| **POUR LE CONJOINT ASSOCIE :** Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Nationalité _____

POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTE POUR LE REGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 OBSERVATIONS : _____

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

6 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*
☐ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.