

# BULLETIN ADHÉSION SIMPLE

**Cadre réservé au CGA66**  
N° adhérent : \_\_\_\_\_  
Date d'inscription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ENTREPRISE INDIVIDUELLE

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle **Nom et Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SOCIÉTÉ

☐ EURL ☐ EURL ☐ SARL de famille ☐ SARL autre ☐ SAS ☐ SNC ☐ SDF ☐ Indivision  
☐ EARL ☐ GAEC ☐ SCEA ☐ GFA ☐ SCM ☐ SCP ☐ Autres : \_\_\_\_\_

**Raison Sociale :** \_\_\_\_\_ **Nombre d'associés :** \_\_\_\_\_ **Dates de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Nom(s) et prénom(s) du (des) gérant(s) :** \_\_\_\_\_  
**Nom(s) et prénom(s) du (des) associés :** 1 \_\_\_\_\_  
(Au-delà de 3, joindre une liste complète) 2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

**Profession :** \_\_\_\_\_ **Enseigne :** \_\_\_\_\_  
**Pour les médecins :** ☐ Généraliste ☐ Spécialité : \_\_\_\_\_  
**Secteur :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ NC ☐ Remplaçant  
**N° SIRET :** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Code NAF :** |\_|\_|\_|\_|\_| **Code ROF :** |\_|\_|\_|\_|\_|  
**Date de début d'activité :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Adresse professionnelle :** \_\_\_\_\_  
**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Télécopie :** \_\_\_\_\_ **Portable :** \_\_\_\_\_  
**Adresse E-mail (OBLIGATOIRE) :** \_\_\_\_\_ **Site Web :** \_\_\_\_\_

**Adresse personnelle (si différente) :** \_\_\_\_\_  
**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_  
**Courriers du CGA66 à envoyer :** ☐ à l'adresse professionnelle ☐ à l'adresse personnelle

## ☐ ADHESION AVEC RECOURS AUX SERVICES D'UN EXPERT-COMPTABLE MEMBRE DE L'ORDRE DES EXPERTS-COMPTABLES

**Raison sociale du cabinet d'expertise comptable :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_  
**Nom et Prénom de l'expert-comptable :** \_\_\_\_\_  
**Nom et Prénom du collaborateur :** \_\_\_\_\_

## ☐ ADHESION SANS RECOURS AUX SERVICES D'UN EXPERT-COMPTABLE

## FORMULE D'ADHESION

☐ Adhésion SIMPLE \*

\* Avec OPTIONS supplémentaires : ☐ Aides publiques ☐ Examen de Conformité Fiscale

## RÉGIME D'IMPOSITION

☐ BIC ☐ BA ☐ BNC ☐ IS

Si option IR ou IS, date de l'option : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RÉGIME FISCAL

☐ Simplifié ☐ Normal ☐ Déclaration contrôlée ☐ Régime MICRO

## RÉGIME TVA

☐ Non assujetti ☐ Franchise ☐ CA12 ☐ CA3 trimestriel ☐ CA3 mensuel

Après avoir pris connaissance des statuts, règlement intérieur et montant de la cotisation du CGA66 (disponibles sur notre site internet),

### Je m'engage :

- ➔ à respecter les statuts et règlement intérieur du CGA66,
- ➔ à régler par prélèvement bancaire la cotisation annuelle du CGA66 votée par le Conseil d'Administration (**mandat SEPA ci-joint à compléter et à retourner**),
- ➔ à autoriser le CGA66 à utiliser mes informations comptables à des fins statistiques dans le respect d'un strict anonymat,
- ➔ à autoriser le CGA66 à stocker et utiliser mes données personnelles uniquement dans le cadre des missions des Organismes de Gestion Agréés ; dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), je ne l'autorise pas à divulguer ces informations à d'autres entités commerciales.

**Je suis informé(e)** qu'en cas de manquements graves ou répétés aux engagements et obligations sus-énoncés, le CGA66 pourra prononcer mon exclusion, après m'avoir mis en mesure de présenter ma défense sur les faits qui me sont reprochés.

### Conduite à tenir en cas de difficultés de paiement :

« Si vous rencontrez des difficultés de paiement, vous êtes invité 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 est proposée par le CGA66 ». Retrouvez cette information à l'adresse internet suivante : <http://www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises>

Cachet de l'entreprise adhérente

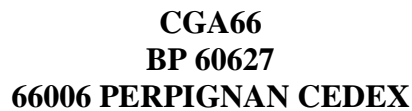
Fait à .....

Le .....

Signature de l'adhérent (ou des associés)  
précédée de la mention « lu et approuvé »

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**Ce document est à compléter et à nous renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB**



## Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **CGA66** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CGA66.

*Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.*

*Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.*

--	--	--	--	--

(code réservé au CGA66)

## COTISATION CGA66

**Païement : Récurrent / Répétitif****Titulaire du compte à débiter**

Nom Prénom : (\*) \_\_\_\_\_

Adresse :(\*) \_\_\_\_\_

Code postal : (\*) \_\_\_\_\_

Ville : (\*) \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

**Identifiant Créancier SEPA :**

FR 76ZZZ809A61

Nom : CGA66

Adresse : Avenue Paul Pascot

ORLE route de Thuir

BP 60627

Code postal : 66006

Ville : PERPIGNAN CEDEX

Pays : FRANCE

[illegible][illegible]

**Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB, puis adresser l'ensemble au créancier**

--	--	--	--

Signature (\*):

**Fait à (\*) :** .....

*Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.*

*Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

**CENTRE DE GESTION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PYRÉNÉES-ORIENTALES (CGA66)**

Avenue Paul Pascot – ORLE – Route de Thuir – B.P. 60627 – 66006 PERPIGNAN CEDEX  
Tél. 04 68 51 49 81 – Fax 04 68 51 91 89 – E-mail : [contact@cga66.fr](mailto:contact@cga66.fr) – Site Internet : [www.cga66.fr](http://www.cga66.fr)

N° d'identification : 1.01.660 – N° SIRET : 328 442 132 00036