

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

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 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 OPTÉ 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