

# BULLETIN D'ADHÉSION AUTO ENTREPRENEUR

## inscription individuelle

Mme  M.

Nom

Prénom

Date de naissance \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_\_

Adresse

Ville  Code Postal :

Téléphone 0\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | Téléphone portable 0\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |

Enseigne

Adresse professionnelle

Ville  Code Postal :

Email:

Activité / profession exercée précise

Date de début d'activité \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_\_

N° de SIRET \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | Code Naf \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |

Catégorie d'imposition  B.I.C  B.N.C

Assujetti à la TVA  OUI  NON Franchise  Exonération

### Premier exercice concerné par l'adhésion

Date d'ouverture de l'exercice \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_\_

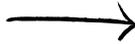
Date de clôture de l'exercice \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_\_

Je soussigné (e) déclare avoir pris connaissance des statuts du Centre de Gestion Régional de Wasquehal (en ligne sur le site internet) et y donner mon adhésion. Je m'engage à les respecter et à informer le CGR de Wasquehal de tout changement de situation. J'autorise le CGR de Wasquehal à intégrer dans sa base de données l'ensemble des éléments transmis à l'effet d'établir des statistiques.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par le CGR de Wasquehal dans un fichier informatisé. Elles sont conservées pendant toute la durée de l'adhésion et sont destinées à un usage interne.

Conformément à la loi "informatique et libertés" vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant.

1) Je paie ma cotisation annuelle et je deviens adhérent ou, je renouvelle mon adhésion



## MA COTISATION ANNUELLE TTC 12 €

10 € H.T + TVA 2€ -

Par prélèvement ou par chèque

Et

2) je choisis mon PACK

### PACK ACCOMPAGNANT

- DIAGNOSTIC MICRO/REEL
- SUIVI DE TVA
- SURVEILLANCE DES SEUILS
- 1 RDV/AN
- FORMATIONS

15€ TTC /mois

### PACK CROISSANCE

- DIAGNOSTIC MICRO/REEL
- SUIVI DE TVA
- SURVEILLANCE DES SEUILS
- 1RDV/AN
- FORMATIONS
- FORMATIONS LOCALES
- CLUB PRIVILÈGE
- ACCOMPAGNEMENT FISCAL ET SOCIAL

20 € TTC/mois

### PACK CRÉATION

- PRÉSENTATION DU STATUT
- DIAGNOSTIC ÉLIGIBILITÉ
- CRÉATION EN LIGNE
- DEMANDE ACRE
- CRÉATION D'UN COMPTE AUTOENTREPRENEUR URSSAF.FR
- CRÉATION D'UN COMPTE IMPÔT.GOUV
- ACCOMPAGNEMENT FISCAL ET SOCIAL

Forfait 270 TTC le Pack

Je certifie l'exactitude des renseignements et m'engage à respecter les obligations figurant sur ce bulletin

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'adhérent  
(précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")



#### MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez Le Centre de Gestion Régional à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Centre de Gestion

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions 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. Veuillez compléter les champs marqués \*

Votre Nom\* : \_\_\_\_\_

Votre adresse\* : \_\_\_\_\_

Les coordonnées de votre compte FR \_\_\_\_\_  
Numéro d'identification international de votre banque IBAN  
\_\_\_\_\_  
Code international d'identification de votre banque BIC

Non du créancier : CENTRE DE GESTION REGIONAL DE WASQUEHAL

I C S\* FR 45ZZZ8997B4

Adresse du créancier\* 108 avenue de Flandre 59290 Wasquehal France

Type de paiement\* Paiement récurrent/répétitif  Paiement ponctuel

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature (s) veuillez signer dans le rectangle

