



A retourner par courrier complété et signé

42 avenue des Bénédictins 87000 LIMOGES - Tél : 05 55 33 64 50 - E-Mail : aadpll@orange.fr - N° SIRET 313 075 434 00024 - N° agrément 2 01 870

ACTIVITE INDIVIDUELLE

Civilité M Mme NOM : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Adresse personnelle :

ACTIVITE EN SOCIETE OU GROUPEMENT avec mise en commun des honoraires, l'adhésion concerne nécessairement l'ensemble des associés.

Forme juridique : SCP SDF EURL AUTRE Préciser :

Identité de chaque associé(e) :

PROFESSION exercée (Spécialité à préciser) :

Date de début d'activité en libéral :

N° SIRET : Code APE-NAF :

Pour les médicaux et paramédicaux : Installé(e) Remplaçant (e) Collaborateur (trice)

Code AMELI et ADELI : Année de diplôme :

Pour les médecins, précisez votre secteur au regard de la Convention :

CO (non conventionné) C1 (secteur 1 sans dépassement) C2 (secteur 1 avec dépassement) C3 (secteur 2)

Adresse professionnelle :

Tél fixe ou portable : **E-mail obligatoire** :

Si vous exercez en Société Civile de Moyens ou autre groupement sans mise en commun des honoraires.

Précisez le nom de la SCM :

Statut éventuel de votre conjoint au sein de votre activité : Salarié Associé Collaborateur Ne travaille pas dans l'entreprise

Adresse de correspondance : Personnelle ou Professionnelle

Inscription précédente dans une autre AGA : OUI NON

Si oui, nom de l'AGA : Date de radiation :

Motif de radiation : Démission Radié par l'AGA Cessation d'activité Transfert (une **attestation de transfert** doit nous être retournée dès que possible)

TENUE DE LA COMPTABILITE

Si vous avez un cabinet comptable ou un conseil, veuillez nous préciser son nom et son adresse :

Nom de l'expert-comptable :

Situation au regard de votre assujettissement ou non à la TVA :

En cas d'incertitude, veuillez obtenir confirmation auprès de votre SIE avant de retourner ce bulletin d'adhésion.

Activité principale :

Assujetti Assujetti en franchise Non assujetti Partiellement assujetti

Nature des recettes non assujetties :

Activité secondaire (ex : encaissement redevances contrat collaboration)

Autre activité, précisez :

Assujetti Assujetti en franchise Non assujetti Partiellement assujetti

Nature des recettes non assujetties :

→ **Je m'engage à :**

* **Informez l'AADPLL de toute modification concernant mon mode d'exercice** : Mise en société, reprise d'une activité individuelle, activité salariée, etc. ...

* **Tenir les documents prévus aux art. 99 et 101 bis du Code Général des Impôts**, conformément à l'un des plans comptables professionnels agréés ou à la nomenclature comptable fixée par l'arrêté du 30 janvier 1978.

* **Mentionner** sur ces documents, en ce qui concerne les recettes, le détail des sommes perçues, l'identité du client, le mode de règlement et la nature des prestations fournies.

* **Suivre les recommandations** qui me seraient adressées en vue d'améliorer la connaissance des revenus : décret 77-1520 du 31 décembre 1977.

* **Accepter le règlement des honoraires par carte bancaire ou par chèques libellés à mon nom.**

* **Informez mes clients sur ma qualité d'adhérent à l'Association** - placer l'affichette « Membre d'une association agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement par carte bancaire ou par chèques libellés à son nom » dans les locaux destinés à la clientèle - faire figurer cette mention sur les correspondances et tout autre document professionnel remis à mes clients pendant la durée de mon adhésion.

* **Inscrire** (spécifique aux professions médicales et paramédicales) **sur les feuilles de maladie**, l'intégralité des honoraires perçus quel que soit le montant du remboursement accordé aux assurés : Art 1994 du CGI et décret n°72-480 du 12 juin 1972.

* **Régler ma cotisation annuelle dans son intégralité** quelle que soit ma date d'adhésion ou de radiation de l'AADPLL.

* **Me conformer aux obligations édictées dans les articles 1649 quater B bis et 1649 quater H.** Pour cela, et dans le cas où mon conseil (dans la mesure où j'en ai un), n'a pas effectué un autre choix pour mon compte, je donne mandat à l'AADPLL, pour dématérialiser et télétransmettre aux services fiscaux, directement ou par l'intermédiaire d'un sous-traitant de son choix, mes déclarations professionnelles et leurs annexes ainsi que mon attestation d'adhésion.

→ **Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association Agréée** des Professions Libérales du Limousin et m'y conformer.

→ **En cas de manquements graves et répétés aux engagements et obligations sus énoncés, l'Association Agréée pourra prononcer mon exclusion*** après m'avoir mis en mesure de présenter ma défense sur les faits qui me sont reprochés.

* En cas d'exclusion pour non respect des obligations (art. 7 des statuts), les revenus de l'adhérent pour l'année d'exclusion seront majorés de 25 %.

→ **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 l'AADPLL

→ J'autorise l'OGA à **utiliser mes données personnelles uniquement dans le cadre du métier des organismes de gestion agréés**, et n'autorise pas à divulguer ces informations à d'autres entités commerciales.

Je souhaite (nous souhaitons) adhérer à l'AADPLL

A compter du

Pour l'exercice :

Fait à

, le

Signature précédée de la
mention « lu et approuvé »

L'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction