



# BULLETIN D'ADHESION

Centre de Gestion Agréée de la Haute – Corse  
726 Strada Vecchia – Valrose  
20290 Borgo  
☎ 0 495 337 433  
✉ [cga2b@orange.fr](mailto:cga2b@orange.fr)      [www.cga2b.fr](http://www.cga2b.fr)

N° ADHERENT:

DATE ADHESION:

N° ECCA:

Cadre réservé au CGA2B

## 1- IDENTITE

Si Exercice individuel

M.  Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Si Exercice en société

EURL  SCP  SEL  SARL  EARL  SCEA  AUTRES (à préciser) : .....

Dénomination sociale : .....

Noms, prénoms des Associés

Dates de naissance des Associés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2- COORDONNEES

Enseigne : .....

Adresse professionnelle : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

Tél professionnel : .....

Tél portable : .....

Email : .....@.....

Je souhaite recevoir les documents du CGA2B à :  Mon adresse professionnelle  Mon adresse personnelle

## 3- ACTIVITE PROFESSIONNELLE

PROFESSION EXERCEE : .....

CODE APE : .....

Date de création ou date d'acquisition de l'entreprise : ...../...../..... SIRET : .....

Date d'exercice fiscal concerné : ...../...../..... au : ...../...../.....

Si Activité BIC ou BA (Commerçant, Artisan, Prestataire de services ou Agriculteur)

Régime fiscal :  BIC  BA  
 R.S. s/option  R.N. s/option  R.S. plein droit  R.N. plein droit  
 IS  MICRO

Si Activité BNC (Profession libérale)

Régime fiscal :  Déclaration contrôlée sur option  Déclaration contrôlée de droit  Micro  
 Micro BNC franchissant la limite de chiffre d'affaires en cours d'année (1<sup>ère</sup> adhésion)

Mode d'exercice :  Seul  Collaborateur  Remplaçant  
 Membre d'une SCP déclarant des revenus propres nécessitant une adhésion personnelle  
 Membre d'une SCM  
Si oui (précisez le nom de la société) .....

Pour les activités médicales : Conventionné Secteur C1  Secteur C2  Secteur C3

## 4- RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous déjà été adhérent à un organisme de gestion :  OUI  NON

Si oui : Nom de l'organisme de gestion : .....

Date de radiation à cet organisme : ...../...../..... Motif de radiation : .....

(Merci de nous fournir une copie de votre certificat de radiation de cet organisme).

