Association Professions Libérales, Agriculteurs, Commerçants et Artisans Poitou-Charentes
55 Rue Jacques Vaucanson BP 70079 79182 CHAURAY cedex
Tél. : 05 49 33 29 33 contact@apl-aca.fr

Agrément n° 201790 délivré le 20/11/2017

BULLETIN D'ADHESION

ou de transfert

ACTIVITE INDIVIDUELLE

Mme, Mlle, M.: (nom, prénom) **Nom de jeune fille :**

Date de naissance *(JJ/MM/AA) :* **Tél personnel :**

Adresse personnelle :

ACTIVITE EN SOCIETE OU GROUPEMENT

Dénomination sociale :

Forme juridique : SCP SDF EURL EIRL SEL SARL EARL SCI SCEA Autre (à préciser) …..……

Nombre d'associés :

Noms des associés :

COORDONNEES PROFESSIONNELLES :

Adresse professionnelle :

Tél. : **Fax :** **Portable :**

E.mail : (adresse sur laquelle vous pouvez recevoir nos documents confidentiels) **……@…….**

PROFESSION : **……**

N° SIRET **Code APE – NAF :** **Date de début d'activité :……/……/……..**

Activité BNC : ☐ Installé(e) ☐ remplaçant(e) ☐ collaborateur(trice) ☐ Micro BNC

Secteur pour les médecins ☐ **secteur 1** ☐ **secteur 2** ☐ **Hors convention**

Membre d'une SCM ☐

Activité BIC ☐ **ou** **BA** ☐

Régime fiscal : R.S s/ option R.N. s/ option R.S. plein droit R.N. plein droit I/S Micro

Assujetti à la TVA ☐ **OUI** ☐ **NON**

Inscription précédente dans un autre OGA ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, nom de l'OGA **date de radiation :**

Tenue de la comptabilité par un cabinet comptable ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, nom et adresse du cabinet :

Nom de l'expert :
Nom du collaborateur :

Je reconnais avoir pris connaissance de mes engagements résumés au verso de ce dossier.

A……
le……

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Je souhaite (nous souhaitons) adhérer à l'APL.A.CA Poitou-Charentes pour l'exercice du …….. au ……

Conformément aux textes en vigueur et en adhérant à l'APL.A.CA Poitou-Charentes, je m'engage (nous nous engageons) à:

1 - Tenir les documents prévus aux articles 99 et 101 bis du CGI conformément à l'un des plans comptables professionnels agréés ou à la nomenclature comptable fixée par l'Arrêté du 30 janvier 1978.

2 - En ce qui concerne les recettes, mentionner sur ces documents : le détail des sommes reçues, l'identité du client, le mode de règlement, et la nature des prestations fournies. Toutefois, lorsque les dispositions relatives au secret professionnel sont applicables, la nature des prestations fournies n'est pas mentionnée et ne peut faire l'objet de demandes de renseignements de la part de l'Administration Fiscale.

3 - Accepter le règlement des honoraires par chèques libellés dans tous les cas à mon/notre ordre ou par carte bancaire.

4 - Informer mes/nos clients de ma/notre qualité d'adhérent à un Organisme Agréé par l'affichage dans les locaux destinés à recevoir les clients et par reproduction dans la correspondance et sur les documents professionnels adressés ou remis aux clients de la mention suivante : « MEMBRE D'UN ORGANISME AGREE – LE REGLEMENT DES HONORAIRES PAR CHEQUE OU PAR CARTE BANCAIRE EST ACCEPTE ».

5 - Pour les membres des professions de santé, inscrire sur les feuilles de maladie ou de soins, conformément aux dispositions de l'Article 1994 du Code Général des Impôts et du Décret n° 72-480 du 12 juin 1972, l'intégralité des honoraires effectivement perçus même s'ils ne peuvent que partiellement donner lieu à remboursement pour les assurés.

6 - Communiquer à l'APL.A.CA Poitou-Charentes tous les éléments nécessaires à l'examen de mes déclarations fiscales et accepter les contrôles relatifs à la conformité de la déclaration fiscale avec la comptabilité. Ces contrôles sont diligentés par l'APL.A.CA Poitou-Charentes et ont lieu au siège de l'association ; à notre demande, il sera donc nécessaire de nous faire parvenir vos livres comptables.

7 – Me conformer aux règles édictées par les statuts de l'association, son règlement intérieur et je reconnais en avoir pris connaissance.

8 – Régler ma cotisation annuelle. J'ai (nous avons) noté que toute cotisation est due pour l'année entière quelle que soit la date d'adhésion ou de radiation à l'APL.A.CA. Si d'éventuelles prestations complémentaires compatibles avec l'objet de l'APL.A.CA tel que défini dans les statuts, s'avèrent nécessaires, elles seront facturées par l'association en supplément de la cotisation, selon des modalités dont je serais/nous serons préalablement informé(s).Toute cotisation ou somme due non réglée à la date limite fixée, sera majorée des intérêts de retard et du remboursement des frais exposés, dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

9 - Informer l'APL.A.CA Poitou-Charentes dans les 15 jours par pli recommandé avec accusé de réception de tout changement relatif à ma situation professionnelle.

Si vous rencontrez des difficultés de paiement, vous êtes invités 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'association. Pour plus de renseignements : http://www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises

Je déclare (nous déclarons) que je m'engage (nous nous engageons) à suivre les recommandations qui me (nous) seraient adressées en vue d'améliorer la connaissance des revenus, conformément à l'engagement pris envers le Ministre du Budget en application du décret 77-1520 du 31 Décembre 1977.
J'accepte de recevoir les e-mailing d'information et les newsletters de l'APL.A.CA. Je note que l'APL.A.CA s'engage à assurer la confidentialité des données collectées et à ne les utiliser que dans le cadre de ses missions.
Je note également que j'ai le droit d'accès, de rectification et d'opposition sur l'utilisation de mes données personnelles.

Les adhérents des organismes agréés ont l'obligation de dématérialiser leur déclaration fiscale ainsi que leur attestation d'adhésion. Selon l'alinéa 2 de l'article 1649 quater H du code Général des Impôts, je donne expressément mandat à l'APL.A.CA Poitou-Charentes pour dématérialiser et télétransmettre aux services fiscaux mes déclarations professionnelles et leurs annexes ainsi que mon attestation d'adhésion. Je choisis l'APL.A.CA Poitou-Charentes comme partenaire EDI si mon Conseil (dans la mesure où j'en ai un), n'a pas déjà effectué un autre choix pour mon compte.

L'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Toute demande de radiation sera effectuée par pli recommandé avec accusé de réception, soit dans les **60 jours** suivant la cessation d'activité, soit dans les **3 mois** précédant la fin de chacun de mes exercices. L'attestation de radiation sera délivrée après solde de tous comptes.

Je reconnais/nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'Article 10 des Statuts de l'APL.A.CA Poitou-Charentes qui stipule : "En cas de manquements graves ou répétés aux obligations énoncées ci-dessus, l'adhérent sera exclu de l'Association. Il devra être mis en mesure, avant toute décision d'exclusion, de présenter sa défense sur les faits qui lui sont reprochés."

Pour la prise en compte de votre adhésion, merci de nous retourner le présent dossier dûment complété et signé éventuellement accompagné d'un RIB et de l'autorisation de prélèvement.

Cotisation annuelle individuelle 2022 :	BNC :	150 € HT (180 € TTC)
	BIC et BA :	179,17 € HT (215 € TTC)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'APL.A.CA Poitou-Charentes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'APL.A.CA Poitou Charentes.
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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom :

Votre prénom :

Votre adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier : **APL.A.CA POITOU-CHARENTES**

Identifiant du créancier : **FR21ZZZ541377**

Adresse : **55 Rue Jacques Vaucanson**

Code postal : **79180** Ville : **CHAURAY** Pays : **France**

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☑ Paiement ponctuel ☐

Signé à …….. Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ (JJ/MM/AAAA)

Signature :

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

Code identifiant du débiteur

(Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque)

Merci de retourner cet imprimé à
APL.A.CA Poitou-Charentes BP 70079 - 55 Rue Vaucanson 79182 CHAURAY Cedex