

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e) :

➤ Adhésion individuelle

Nom et Prénom :
Né(e) le (date et lieu) :
Domicile :
Code postal : Ville :

➤ Adhésion d'une société
ou d'un groupement

Raison sociale :
Forme juridique :
Ayant pour associé(e)s : M.
M.
M.

Exerçant la profession de : Code NAF :
Enseigne :
Lieu d'exercice :
Code postal : Ville :

Déclare adhérer à l'Association dénommée « ASSOCIATION ET CENTRE DE GESTION AGRÉÉS DE LA HAUTE-MARNE » et m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur (consultables sur son site internet), et plus particulièrement à :

- Produire tous les éléments nécessaires à l'établissement d'une comptabilité sincère de son exploitation,
- Communiquer à l'Organisme la copie de la déclaration fiscale professionnelle, des déclarations de TVA, ainsi que tous documents annexes,
- Autoriser l'Organisme à communiquer à l'Administration Fiscale dans le cadre de son assistance technique et de ses audits, les documents visés ci-dessus ainsi que le dossier de gestion,
- Régler chaque année le montant de la cotisation dans le mois qui suit son appel,
- Accepter les règlements par chèques libellés à mon ordre ou par carte bancaire, et en informer ma clientèle :
 - ♦ d'une part, en apposant dans les locaux destinés à la recevoir, un document écrit placé de manière à être lu sans difficulté, reproduisant de façon apparente le texte suivant :
« Acceptant le règlement des sommes dues par chèques libellés à son nom ou par carte bancaire en sa qualité de membre d'un Organisme de Gestion Agréé par l'Administration Fiscale »
 - ♦ et d'autre part, en reproduisant le même texte dans la correspondance et sur les documents professionnels adressés ou remis aux clients.

J'autorise et donne mandat à l'ACGA 52, en cas d'option pour la procédure EDI-TDFC, de transférer par voie électronique au Centre des Services Informatiques de la Direction Générale des Finances Publiques, l'attestation d'adhésion à l'Organisme de Gestion Agréé et éventuellement, sur demande, les documents annuels de résultat avec leurs annexes.

Cachet

Fait à le

Signature(s) de l'adhérent individuel ou de chacun(e) des associé(e)s, précédée(s) de la mention « **Bon pour Adhésion et Mandat** »

Si vous rencontrez des difficultés de paiement, nous vous invitons à contacter le service des impôts dont vous dépendez. En cas de difficultés particulières, et sur demande, nous pouvons vous apporter une information sur les dispositifs d'aide aux entreprises en difficultés, et sur les démarches de mise en conformité à effectuer. En savoir plus sur : <http://www.economie.gouv.fr/dgfi/mission-soutien-aux-entreprises>

FISCALITÉ	ACTIVITÉ - ADHÉSION	CABINET COMPTABLE	PRÉCISIONS
<input type="checkbox"/> micro-entrepreneur <input type="checkbox"/> IR ou <input type="checkbox"/> IS <input type="checkbox"/> BA ou <input type="checkbox"/> BIC ou <input type="checkbox"/> BNC Régime Réel : <input type="checkbox"/> simplifié ou <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> plein droit ou <input type="checkbox"/> sur option Assujettissement TVA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiellement Déclaration : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	Date de clôture : Ouverture du 1 ^{er} exercice à l'ACGA 52 : Adhésion antérieure : Pour cette activité, étiez-vous précédemment adhérent d'un autre organisme : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (précisez lequel) Joindre une attestation de radiation	Coordonnées : Nom du collaborateur :	Date de création : N° SIRET : N° Tél. : N° Fax : N° Portable : Email :

Mandat de prélèvement SEPA

1. Remplissez le mandat ci-dessous
2. Signez le mandat
3. Joignez un RIB
4. Retournez bulletin d'adhésion, mandat et RIB :
 - Par courrier à : ACGA 52 – 30 avenue Turenne – BP 58 – 52205 LANGRES Cedex
 - Ou par mail à : contact@acga52.com

Mandat de prélèvement SEPA Inter-entreprises 	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'ASSOCIATION ET CENTRE DE GESTION AGRÉÉS DE LA HAUTE-MARNE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'ASSOCIATION ET CENTRE DE GESTION AGRÉÉS DE LA HAUTE-MARNE	
Ce mandat est dédié aux prélèvements SEPA inter-entreprises. Vous n'êtes pas en droit de demander à votre banque le remboursement d'un prélèvement SEPA inter-entreprises une fois que le montant est débité de votre compte. Vous pouvez cependant demander à votre banque de ne pas débiter votre compte jusqu'au jour de l'échéance.		
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA :	FR 02ZZZ001623
Débiteur :	Créancier :	
Votre nom _____	ASSOCIATION ET CENTRE DE GESTION AGRÉÉS	
Votre adresse _____	DE LA HAUTE-MARNE	
Code postal _____ Ville _____	30 Avenue Turenne - BP 58	
Pays _____	52205 LANGRES Cedex	
	FRANCE	
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>	Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A : _____	Le : <input type="text"/>	
Signature :	<i>Nota</i> : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
<input type="text"/>	Veuillez compléter tous les champs du mandat.	