



BULLETIN D'ADHESION - Bureau de PARIS

Cadre réservé à l'AGAGRANDEST

N° adhérent :

Date adhésion :

Identification

Civilité : Monsieur Madame

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession

Nature de la profession : _____ Date thèse : _____ / _____ / _____

Date de début d'activité : _____ / _____ / _____ Code APE/NAF : _____

N° SIRET : _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone professionnel : _____

E-Mail : _____ @ _____

Régime fiscal : Micro BNC Déclaration contrôlée n° 2035

Mode d'exercice : Individuel Remplaçant Collaborateur => Senior :
 Société de fait (SDF) Partage des recettes : oui / non

Société civile de moyen (SCM) Nom de la SCM : _____

Société civile de moyen (SCP) Nom de la SCP : _____

Exercez-vous une activité à l'étranger ? : oui / non

Si oui :

Nature de l'activité : _____

Date de début d'activité : _____ / _____ / _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Adhésion

Avez-vous déjà adhéré à une association de gestion agréée ? oui / non

Si oui :

Nom de l'association agréée (AA) : _____

Date de radiation : _____ / _____ / _____

Motif de la radiation : Cessation d'activité Démission
 Radiation d'office par l'AA Exclusion par l'AA

Tenue de la comptabilité

Faites-vous appel à un expert-comptable ? : oui / non

Nom du cabinet : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

N° SIRET : _____

Personne chargée de votre dossier : _____

E-mail : _____ @ _____

Engagements

Je soussigné(e) : _____

☞ Demande mon adhésion à l'Association de Gestion Agréée des Chirurgiens-dentistes et des Professions de Santé du Grand Est ; elle prendra effet pour la déclaration de mes revenus professionnels de l'année 2020,

☞ Déclare avoir adhéré précédemment à une autre Association de Gestion Agréée : Non Oui date de radiation : / /

☞ Reconnais avoir reçu et pris connaissance d'un exemplaire des statuts de l'Association et du règlement intérieur annexé,

☞ Reconnais connaître les dispositions de l'article 64 de la loi n° 76-1232 du 29 décembre 1976 et des décrets d'application ainsi que de l'article 7 de la loi n° 77-1467 au 30 décembre 1977,

☞ M'engage, conformément aux dispositions de l'article 64-II de la loi n° 76-1232 du 29 décembre 1976, à me conformer à toutes les dispositions légales concernant la comptabilité relative à l'exercice des professions libérales, dans le cadre des associations de gestion agréées,

☞ Autorise l'Association à communiquer à l'agent de l'Administration fiscale qui apporte son assistance technique à l'Association, les renseignements ou documents mentionnés ci-dessus,

☞ Souscris aux engagements suivants, conformément à l'esprit de l'article 64 de la loi de Finances pour 1977 n° 76-1232 du 29 décembre 1976 et des décrets n°77-1519 et 77-1520 du 31 décembre 1977, soit de :

1. tenir les documents prévus aux articles 99 et 101 bis du Code Général des Impôts, conformément au plan comptable professionnel et aux modalités fixées par le décret n° 77-1520 du 31 décembre 1977,
2. accepter le règlement des honoraires par chèque libellé dans tous les cas à mon ordre,
3. de ne pas endosser ces chèques, sauf pour la remise directe à l'encaissement,
4. d'informer mes patients de ma qualité d'adhérent à une Association de Gestion Agréée et de mon acceptation du paiement des honoraires par chèque, le cas échéant,
5. à respecter les dispositions de l'article 1994 du Code Général des Impôts et du décret n° 72-480 du 12 juin 1972, portant la réglementation de l'inscription des honoraires sur les feuilles de soins et prothèses bucco-dentaires.

☞ Je m'engage à communiquer à l'Association, préalablement à l'envoi aux services fiscaux, la déclaration de mes revenus non commerciaux correspondant à mes revenus tirés de l'activité libérale,

☞ Je demande à l'Association de procéder à l'examen de cohérence et de vraisemblance de cette déclaration établie par mes soins ou ceux de mon comptable, dans les délais fixés.

Fait à : _____

Le : _____

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

Association de Gestion Agréée
des Chirurgiens-Dentistes et des Professions de Santé du Grand Est
Adresse du siège social :
25-29, rue de Saurupt 54000 NANCY
☎ 03-83-56-96-84 📠 03-83-56-81-17
Email : contact@agagrandest.fr