



Association de Gestion Agréée  
des Chirugiens-Dentistes et des Professions de Santé du Grand Est  
Bureau secondaire : 11, Rue Tronchet 75008 PARIS  
☎ 01-42-65-23-59 📠 09-57-44-34-16  
Email : [paris@agagrandest.fr](mailto:paris@agagrandest.fr)  
Numéro d'agrément : 204540

**A.G.A.C.D.R.P**

## BULLETIN D'ADHESION

Cadre réservé à l'AGAGRANDEST

N° adhérent :

Date adhésion :

### Identification

Civilité  Mr  Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

### Profession

Nature de la profession :

Date de début d'activité :

N° SIRET :

Adresse professionnelle :

Code postal :

Téléphone portable :

E-Mail :

Date thèse :

Code APE/NAF :

Ville :

Téléphone professionnel :

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 Profession de Santé du Grand Est ; elle prendra effet pour la déclaration de mes revenus professionnels de l'année 2018.

☞ 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](mailto:contact@agagrandest.fr)

Association à but non lucratif (Loi de 1901) déclarée en Préfecture de Meurthe et Moselle sous le n° W543008415