



## BULLETIN D'ADHESION - Bureau de NANCY

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](mailto:contact@agagrandest.fr)