TNS cerfa 11686*06

Imprimer | Réinitialiser

Intercalaire

PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

RESERVE AU CFE U E F K

Déclaration n° _____
Reçue le |__|__|__|__|__|__|__|__|
Transmise le |__|__|__|__|__|__|__|__|

1 **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DE L'IMPRIME :** ☐ M0 SARL, SELARL ☐ M0 SNC, Société en commandite ☐ M0 Société civile ☐ M2 ☐ M3 ☐ M3 SARL, SELARL ☐ TNS suite des ayants droits

RAPPEL D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

2 **DENOMINATION SOCIALE** _____

Si la déclaration complète un imprimé M2 Agricole ou M3, rappeler le n° unique d'identification |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DECLARATION SOCIALE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIE

3 **NOM DE NAISSANCE** ABDUL _____ Nom d'usage _____

Prénoms ENEBE _____ Qualité LOCATAIRE GERANT _____

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE 1760299338008 |__|__|__| 24

Votre conjoint collaborateur est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ Oui ☐ Non

ASSURANCE MALADIE – Régime actuel : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ Autre _____

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : _____ Dépt. |__|__| Commune _____

Date de cessation |__|__|__|__|__|__|__|__|

Exercice simultané d'une autre activité : ☐ oui ☐ non

Si oui, serez-vous simultanément : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre (*préciser*) _____

Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes biologiste, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

4 **POUR UNE SARL : Pour le conjoint marié pacsé qui a choisi le statut de** ☐ **collaborateur (gérant associé unique ou gérance majoritaire) ou** ☐ **d'associé (gérance majoritaire)**

Indiquer son n° de sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| **POUR LE CONJOINT ASSOCIE :** Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__| à _____

Nationalité _____

POUR UNE SARL DONT LE GERANT EST L'ASSOCIE UNIQUE ET OPTE POUR LE REGIME DES MICRO-ENTREPRENEURS

Périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 **OBSERVATIONS :** _____

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement

6 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*
☐ **LE MANDATAIRE**
nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

SIGNATURE



La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.