

## PERSONNE RELEVANT DU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES

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** \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_  
**VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE** \_\_\_\_\_  
 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 OPTÉ 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