INSCRIPTION

ORDRE DES EXPERTS-COMPTABLES

ORDRE DES EXPERTS-COMPTABLES

Réservé au Conseil régional

Code du dossier : |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Date de la demande : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
(dossier complet)

Inscription : session du |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Photo

DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE AU TABLEAU DE L'ORDRE
Questionnaire Personne Physique

Indiquer la région de l'inscription principale au Tableau de l'Ordre ou, le cas échéant, la région dans laquelle cette première inscription a été transférée[1]

AQUITAINE (03)
AUVERGNE (05)
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE (06)
BRETAGNE (16)
CHAMPAGNE (04)
CORSE (24)
GUADELOUPE (20)
GUYANE (21)
LILLE-NORD-PAS-DE-CALAIS (07)
LIMOGES (08)
LORRAINE (12)
MARTINIQUE (22)
MONTPELLIER (11)
ORLÉANS (13)
PARIS-ILE-DE-FRANCE (14)
PAYS-DE-LOIRE (02)
PICARDIE-ARDENNES (01)
POITOU (15)
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR (10)
RÉUNION (23)
RHÔNE-ALPES (09)
ROUEN-NORMANDIE (17)
TOULOUSE-MIDI-PYRÉNÉES (19)

Date de la première inscription |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

I - ETAT CIVIL

TITRE : ❑ Monsieur ❑ Madame ❑ Mademoiselle

NOM PATRONYMIQUE :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM USUEL[2] :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PRENOMS :

[1] Cochez la case correspondante
[2] Le nom usuel est celui sous lequel vous souhaitez figurer au Tableau de l'Ordre ; il peut s'agir soit du nom patronymique, soit du nom marital, soit des deux accolés, soit d'un précédent nom marital ; dans ce dernier cas, joindre un justificatif.

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NAISSANCE

DATE : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

VILLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DEPARTEMENT : |__|__|

PAYS : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Dans quelle(s) autre(s) région(s) êtes-vous déjà inscrit ?

AQUITAINE (03)
AUVERGNE (05)
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE (06)
BRETAGNE (16)
CHAMPAGNE (04)
CORSE (24)
GUADELOUPE (20)
GUYANE (21)
LILLE-NORD-PAS-DE-CALAIS (07)
LIMOGES (08)
LORRAINE (12)
MARTINIQUE (22)
MONTPELLIER (11)
ORLÉANS (13)
PARIS-ILE-DE-FRANCE (14)
PAYS-DE-LOIRE (02)
PICARDIE-ARDENNES (01)
POITOU (15)
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR (10)
RÉUNION (23)
RHÔNE-ALPES (09)
ROUEN-NORMANDIE (17)
TOULOUSE-MIDI-PYRÉNÉES (19)

Etes-vous inscrit(e) sur une liste des Commissaires aux comptes ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, près de quelle(s) Cour(s) d'appel ? Depuis quelle date ?

.... |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

.... |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Etes-vous inscrit(e) comme expert judiciaire ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, près de quelle(s) juridictions ? Depuis quelle date ?

.... |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

.... |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

DOMICILE PERSONNEL

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODE POSTAL : |__|__|__|__|__|

VILLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PAYS : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TÉL. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| FAX : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DERNIER DOMICILE FISCAL (s'il est différent du domicile personnel)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODE POSTAL : |__|__|__|__|__|

VILLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PAYS : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

II – RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

1. VOUS ALLEZ EXERCER LA PROFESSION D'EXPERT-COMPTABLE EN QUALITE DE SALARIE OU D'ASSOCIE D'UNE SOCIETE D'EXPERTISE COMPTABLE DEJA CONSTITUEE OU EN COURS DE CREATION

- En qualité d'associé
  ❑ Oui ❑ Non
- En qualité de salarié
  ❑ Oui ❑ Non

NOM OU DENOMINATION SOCIALE DE LA SOCIETE :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SIGLE DE LA SOCIETE [3] : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ADRESSE :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODE POSTAL : |__|__|__|__|__|

VILLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TÉL. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| FAX : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

[3] Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

NUMERO SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

RESPONSABLE ORDINAL DE CET ETABLISSEMENT :

NOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
PRENOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

2. VOUS ALLEZ EXERCER LA PROFESSION D'EXPERT-COMPTABLE EN QUALITE DE SALARIE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE MEMBRE DE L'ORDRE

NOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PRENOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ADRESSE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODE POSTAL |__|__|__|__|__|

VILLE
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TELEPHONE |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| FAX |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

ADRESSE E-MAIL
....
....

NUMERO SIRET |__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

3. VOUS ALLEZ EXERCER LA PROFESSION D'EXPERT-COMPTABLE SOUS LE REGIME BNC

ADRESSE PROFESSIONNELLE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODE POSTAL |__|__|__|__|__|

VILLE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TELEPHONE |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| FAX |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

ADRESSE E-MAIL ....

ADRESSE INTERNET ....

NUMERO SIRET |__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

NUMERO D'INSCRIPTION AU RCS |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NUMERO DE TVA INTRACOMMUNAUTAIRE | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

Si vous n'êtes pas le responsable ordinal de ce bureau, qui en assurera la responsabilité ?

NOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PRENOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DATE DE NAISSANCE |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Inscrit à titre principal au Tableau de l'Ordre de la région de la région de : ....

Organigramme du bureau

NOM - PRENOM DES SALARIES	FONCTION	QUALIFICATION (référence à la convention collective)

Description de la procédure de direction et de surveillance par le membre de l'Ordre

Qui assure le recrutement ?

NOM
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
|__|

PRENOM
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
|__|

Qui assure la gestion financière et comptable ?

NOM
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
|__|

PRENOM
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
|__|

Qui vise les travaux exécutés par les collaborateurs ?

NOM
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
|__|

PRENOM
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
|__|

Mention de l'existence de ce bureau dans les polices d'assurance RCP ❑ Oui ❑ Non

Nombre de dossiers suivis par ce bureau

Missions de tenue complète |__|__|__|__|

Missions d'établissement des comptes annuels |__|__|__|__|
Missions de révision comptable |__|__|__|__|
Autres missions *(à préciser ci-dessous)* |__|__|__|__|

▫.....
▫.....
▫.....
▫.....
▫.....
▫.....

TOTAL |__|__|__|__|

4. QUELLE EST L'ADRESSE QUE VOUS SOUHAITEZ VOIR FIGURER DANS L'ANNUAIRE DE L'ORDRE ET QUI SERA CELLE A LAQUELLE LE CONSEIL REGIONAL VOUS ADRESSERA SES COURRIERS

❑ Adresse professionnelle
(Indiquer au point 1, 2 ou 3 ci-dessus l'adresse de l'établissement où vous allez exercer)

❑ Adresse personnelle
(i.e. domicile)

III – DECLARATION A LA CNIL

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription à l'Ordre. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au Conseil régional et au Conseil supérieur de l'Ordre des experts comptables.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent dont vous pouvez connaitre les modalités et que vous pouvez exercer en vous adressant à :

Conseil régional de l'Ordre des experts comptables région ……

……

Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées pour d'autres usages que l'inscription à l'Ordre et notamment par nos partenaires à des fins de prospection, veuillez cocher la case ci-contre : ❑

IV - DROITS SOCIAUX DETENUS A CE JOUR DANS UNE SOCIETE MEMBRE DE L'ORDRE

REGION ORDINALE DU SIEGE SOCIAL	RAISON SOCIALE	NUMERO D'INSCRIPTION A L'ORDRE	DROITS SOCIAUX DETENUS		DATE DE DEBUT DE DETENTION DES DROITS	FONCTIONS AU SEIN DE LA SOCIETE	EXERCICE EFFECTF DANS LA SOCIETE
			NOMBRE	%			OUI / NON

V - RESPONSABILITES OU ACTIVITES DIVERSES

Préciser ici les responsabilités diverses ou fonctions ainsi que les organismes concernés (exemple : fonctions électives nationales ou territoriales, centre de gestion, association agréée de professions libérales, enseignements universitaires,…)

NOM DE L'ORGANISME	FONCTION	DATE DE PRISE DE FONCTIONS	COMMENTAIRES

Je certifie sincères et véritables les informations contenues dans le présent questionnaire.

Je m'engage à faire connaître au Conseil régional de l'Ordre, dans un délai maximum d'un mois, tout changement intervenu dans mon adresse ou ma situation professionnelle, et à joindre les justificatifs correspondants.

Fait à :..... Le .....

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite " certifié exact ")

LISTE DES PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

1) Deux photos d'identité de format standard (3 x 4 cm)

2) Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité, du passeport ou du titre de séjour

3) Copie du bail des locaux dans lesquels vous vous proposez d'exercer votre profession ou justificatif de la propriété des locaux et de la possibilité d'y exercer la profession (uniquement pour les experts comptables indépendants exerçant sous le régime BNC)

4) Attestation de votre employeur membre de l'Ordre, précisant que vous serez salarié(e) en qualité d'expert-comptable (cf **Annexe n°2.1**) **OU** attestation du représentant légal de la société, en cas d'exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable (cf **Annexe n°2.2**).

5) Attestation justifiant de votre souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix ou attestation d'assurance de votre employeur, membre de l'Ordre, personne physique ou morale, précisant que vous êtes couvert(e) par le contrat qu'il a souscrit

6) Copie du bail des locaux dans lesquels vous vous proposez d'exercer votre profession ou justificatif de la propriété des locaux et de la possibilité d'y exercer la profession. (activité sous le régime BNC)

7) Engagement de responsabilité ordinale (**Annexe n°2.3** **et** **Annexe n°2.4**).

_____

Annexe n° 2.1

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR EXPERT-COMPTABLE

exercice en qualité de salarié d'un cabinet ou d'une société d'expertise comptable

ATTESTATION

(modèle à reproduire sur le papier à en-tête)

Je soussigné(e)

NOM .....

Prénom .....

agissant en qualité de (fonction) : .....

de la société / du cabinet d'expertise comptable : .....

inscrit(e) au Tableau de l'Ordre de la région de : .....

atteste que

Madame / Mademoiselle / Monsieur (NOM et prénom du candidat) : .....
.....

demeurant à (adresse du domicile) : .....
.....

qui demande son inscription au Tableau de l'Ordre des experts-comptables, exercera la profession d'expert-comptable en qualité de salarié(e) de ladite société / dudit cabinet.

Fait à ..... le .....

Signature :
(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Annexe n° 2.2

ATTESTATION DU REPRESENTANT LEGAL DE LA SOCIETE

exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable

ATTESTATION

(modèle à reproduire sur le papier à en-tête)

Je soussigné(e)

NOM .....

Prénom .....

agissant en qualité de (fonction) : .....

de la société d'expertise comptable : .....

inscrite au Tableau de l'Ordre de la région de : .....

atteste que

Madame / Mademoiselle / Monsieur (NOM et prénom du candidat) : .....

.....

demeurant à (adresse du domicile) : .....

.....

qui demande son inscription au Tableau de l'Ordre des experts-comptables, exercera la profession d'expert-comptable en qualité d'associé(e) de ladite société.

Fait à ..... le .....

Signature :
(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Annexe n° 2.3

ENGAGEMENT DE RESPONSABILITE ORDINALE

responsabilité ordinale assurée par le possesseur du cabinet lui-même
(modèle à reproduire sur le papier à en-tête du cabinet)

Je soussigné(e)

NOM
.....
.....
Prénom
.....
.....
Adresse
.....
.....
.....
.....

Sollicitant mon inscription secondaire au Tableau de l'Ordre des experts-comptables pour y exercer la profession d'expert-comptable à titre indépendant dans le cadre du bureau secondaire sis :

Adresse
.....
.....
.....
.....

M'engage à assurer personnellement une direction effective de ce bureau qui me permette, compte tenu de la structure et des procédures internes du cabinet et dudit bureau, d'avoir la maîtrise des dossiers et d'y exercer le contrôle du fonctionnement dans le cadre des règles édictées par l'Ordre.

J'accepte toute mesure de contrôle du caractère réel et suffisant de cet engagement, qui pourrait être effectué à l'initiative du Conseil régional de l'Ordre de *(région du cabinet principal)* :
.....
.....
.....

et le cas échéant, du Conseil régional de l'Ordre de *(région du cabinet secondaire)* :
.....
.....
.....

Fait à ..... le .....

Signature :
(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Annexe n° 2.4

ENGAGEMENT DE RESPONSABILITE ORDINALE

responsabilité ordinale assurée par un membre de l'Ordre salarié du possesseur du bureau
(modèle à reproduire sur le papier à en-tête du cabinet)

Je soussigné(e) *(le membre de l'Ordre salarié)* :

NOM .....

Prénom .....

expert-comptable salarié du Cabinet :

Nom du cabinet .....

Adresse principale .....
.....

m'engage à assurer personnellement une direction effective du bureau secondaire de ce cabinet sis :

Adresse du bureau secondaire .....
.....

qui me permette, compte tenu de la structure et des procédures internes du cabinet et dudit bureau, d'avoir la maîtrise des dossiers et d'exercer le contrôle du fonctionnement dans le cadre des règles édictées par l'Ordre.
J'accepte toute mesure de contrôle du caractère réel et suffisant de cet engagement, qui pourrait être effectué à l'initiative du Conseil régional de l'Ordre de *(région du cabinet principal)* : .....
.....

et le cas échéant, du Conseil régional de l'Ordre de *(région du cabinet secondaire)* :
.....
.....

Fait à ..... le .....

Signature du membre de l'Ordre salarié :
(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Signature du membre possesseur du bureau :
(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")