TRANSFERT D’INSCRIPTION PERSONNE PHYSIQUE

 **DEMANDE DE TRANSFERT D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE**

 **QUESTIONNAIRE PERSONNE PHYSIQUE**

**PARTIE A ENVOYER AU CONSEIL REGIONAL D’ORIGINE**

**Cocher la case correspondante :**

Photo

**Transfert de l’inscription principale, avec demande de radiation du Conseil régional d’origine**

**Transfert de l’inscription principale avec maintien d’une inscription secondaire dans le Conseil régional d’origine**

**1 ETAT CIVIL**

**Titre** Madame Monsieur

**Nom patronymique** .........................................................................................................................................

**Nom marital (pour les femmes mariées)** ........................................................................................................

**Nom usuel**52 .......................................................................................................................................................

**Prénom(s)** ..........................................................................................................................................................

**Naissance**

DATE : | |\_\_| | | | | | |\_\_| |

VILLE : ......................................................................................................................... DEPARTEMENT : | |\_\_|

PAYS : ...................................................................................................................................................................

**Numéro SUPRA** .................................................................................................................................................

NB : Les informations remplies ci-dessus relatives à l’état civil doivent être exactement celles qui figurent sur la carte nationale d’identité ou le passeport dont vous joignez une copie au présent questionnaire.

**Dans quelle région demandez-vous le transfert de votre inscription ?**

Auvergne Rhône-Alpes Ile-De-France

Bourgogne - Franche-Comté Martinique

Bretagne Mayotte

52 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.

Centre - Val de Loire Nouvelle Aquitaine

Corse Normandie

Grand Est Occitanie

Guadeloupe Pays de Loire

Guyane Provence – Alpes – Côte d’Azur

Hauts de France Réunion

**Domicile personnel**

CODE POSTAL : | |\_\_| |\_\_|\_\_| VILLE : .............................................................................................................

PAYS : ...................................................................................................................................................................

TELEPHONE : | | | |\_\_| | | | | | | | | | | FAX : | |\_\_| | | | | |\_\_| | | | | |\_\_|

TELEPHONE PORTABLE : |\_\_| | |\_\_| | | |\_\_| | | | | | |

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

**Dernier domicile fiscal (s’il est différent du domicile personnel)**

CODE POSTAL : | |\_\_| |\_\_|\_\_| VILLE : .............................................................................................................

PAYS : ...................................................................................................................................................................

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

En cas de maintien d’une inscription secondaire, 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 …/…/……

**Signature** *(précédée de la mention manuscrite « certifié exa*

|  |
| --- |
| **Réservé au Conseil régional**Code du dossier : | | | | | | | | | | | | | | |Inscription : session du | | | | | | | | | | |Existence d’une procédure disciplinaire en cours : ……………………………………………………………………Cotisations à jour : oui non (préciser les années et les sommes dues) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...Attestation d’assurance RCP à jour : oui nonAutres informations : ………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………. |

QUESTIONNAIRE DE TRANSFERT D’INSCRIPTION PERSONNE PHYSIQUE

 **DEMANDE DE TRANSFERT D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE**

**QUESTIONNAIRE PERSONNE PHYSIQUE**

**PARTIE A ENVOYER AU CONSEIL REGIONAL DE DESTINATION**

**Indiquer le Conseil régional dans lequel vous êtes actuellement inscrit à titre principal53 :**

Auvergne Rhône-Alpes Ile-De-France Bourgogne - Franche-Comté Martinique Bretagne Mayotte

Photo

Centre - Val de Loire Nouvelle Aquitaine

Corse Normandie

Grand Est Occitanie

Guadeloupe Pays de Loire

Guyane Provence – Alpes – Côte d’Azur

Hauts de France Réunion

1. **ETAT CIVIL**

**Titre** Madame Monsieur

**Nom patronymique** .........................................................................................................................................

**Nom marital (pour les femmes mariées)** ........................................................................................................

**Nom usuel**54 .......................................................................................................................................................

**Prénom(s)** ..........................................................................................................................................................

**Naissance** DATE : | | | | | | | |\_\_| | |

VILLE : ......................................................................................................................... DEPARTEMENT : | |\_\_|

PAYS : ..................................................................................................................................................................

**Numéro SUPRA** :…………………………………………………………………………………………………

NB : Les informations remplies ci-dessus relatives à l’état civil doivent être exactement celles qui figurent sur la carte nationale d’identité ou le passeport dont vous joignez une copie au présent questionnaire.

53 Cochez la case correspondante

54 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.

Etes-vous inscrit(e) sur une liste des Commissaires aux comptes ? oui non Si oui, sur quelle liste ? Depuis quelle date ?

............................................................................... | |\_\_| | | | | |\_\_| | |

Etes-vous inscrit(e) comme expert judiciaire ? oui non

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

............................................................................... | |\_\_| | | | | |\_\_| | |

............................................................................... | |\_\_| | | | | |\_\_| | |

**Domicile personnel**

CODE POSTAL : | |\_\_| |\_\_|\_\_| VILLE : .............................................................................................................

PAYS : ..................................................................................................................................................................

TELEPHONE : | | | |\_\_| | | | | | | | | | | FAX : | |\_\_| | | | | |\_\_| | | | | |\_\_|

TELEPHONE PORTABLE : |\_\_| | |\_\_| | | |\_\_| | | | | | |

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

**Dernier domicile fiscal (s’il est différent du domicile personnel)**

CODE POSTAL : | |\_\_| |\_\_|\_\_| VILLE : .............................................................................................................

PAYS : ..................................................................................................................................................................

1. **RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS DANS LE RESSORT DU CONSEIL DESTINATAIRE**
	1. **Vous allez exercer la profession d’expert-comptable en qualité de salarié ou d’associé d’une structure d’exercice inscrite à l’Ordre**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En qualité d’associé : | oui | non |
| En qualité de salarié : | oui | non |

Exercez-vous actuellement au sein de cette société : oui non

NOM OU DENOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTUE D’EXERCICE (société, succursale, AGC) :

SIGLE DE LA STRUCTURE 55 : ................................................................................................................................

ADRESSE : .............................................................................................................................................................

CODE POSTAL : | |\_\_| |\_\_|\_\_| VILLE : .............................................................................................................

TELEPHONE : | | | |\_\_| | | | | | | | | | | FAX : | |\_\_| | | | | |\_\_| | | | | |\_\_|

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

NUMERO SIREN/SIRET : | | | | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | | |\_\_|

Représentant légal de cet établissement :

NOM : ...................................................................................................................................................................

PRENOM : .............................................................................................................................................................

55 Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

* 1. **Vous allez exercer la profession d’expert-comptable en qualité de salarié d’une personne physique membre de l’Ordre**

NOM : ...................................................................................................................................................................

PRENOM : .............................................................................................................................................................

ADRESSE : .............................................................................................................................................................

CODE POSTAL : | |\_\_| |\_\_|\_\_| VILLE : .............................................................................................................

TELEPHONE : | | | |\_\_| | | | | | | | | | | FAX : | |\_\_| | | | | |\_\_| | | | | |\_\_|

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

NUMERO SIREN/SIRET : | | | | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | | |\_\_|

Etes-vous déjà salarié de cette personne physique membre de l’ordre : oui non

* 1. **Vous allez exercer la profession d’expert-comptable sous le régime BNC**

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

CODE POSTAL : | |\_\_| |\_\_|\_\_| VILLE : .............................................................................................................

TELEPHONE : | | | |\_\_| | | | | | | | | | | FAX : | |\_\_| | | | | |\_\_| | | | | |\_\_|

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

ADRESSE SITE INTERNET : ....................................................................................................................................

NUMERO SIREN/SIRET : | | | | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | | |\_\_|

NUMERO D'INSCRIPTION AU RCS : |\_\_| | |\_\_| | |\_\_|\_\_| |

NUMERO DE TVA INTRACOMMUNAUTAIRE : |\_\_| | |\_\_| |\_\_| | | | | |\_\_| |

* 1. **Quelle est l’adresse que vous souhaitez voir figurer dans l’annuaire de l’Ordre et qui sera celle à laquelle le Conseil régional vous adressera ses courriers**

Adresse professionnelle *(indiquer aux points 1, 2 ou 3 ci-dessus l’adresse du lieu où vous allez exercer)*

Adresse personnelle *(i.e. domicile)*

1. **CONFORMITE AVEC LE RGPD**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription à l’Ordre et votre participation aux évènements de l’Ordre (Assemblées Générales, Congrès etc…). Elles font l’objet d’un traitement automatisé et sont destinées au Conseil régional et au Conseil supérieur de l’Ordre des experts- comptables.

Vos données vont être conservées pendant toute la période de votre inscription au tableau et en archives définitives pour la réalisation de statistiques professionnelles dans le respect de l’article 29-7e du décret du 30 mars 2012.

Nous vous rappelons que vous disposez d’un droit à la portabilité de vos données, de droits d’accès, de rectification, de limitation et d’oppositions pour motifs légitimes, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre mort sous réserves des dispositions légales et réglementaires applicables. Vous avez la possibilité d’introduire une réclamation auprès d’une autorité de contrôle.

Pour exercer vos droits, il vous suffit d’adresser un email à l’adresse suivante : …

Les données collectées pour la finalité initiale peuvent également être transmises aux partenaires commerciaux de l’Ordre aux fins de prospection commerciale.

Si vous autorisez la communication de vos données personnelles aux partenaires de l’Ordre à des fins de prospection commerciale, merci de cocher cette case : 

1. **DROITS SOCIAUX DETENUS A CE JOUR DANS UNE SOCIETE MEMBRE DE L’ORDRE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Région ordinale du siège social | Raison sociale | Numéro d’inscription à l’Ordre | Droits sociaux détenus | Date de début de détention des droits | Fonction(s) au seinde la société | Exercice effectif dans la société |
|  |  |  | Nombre | % |  |  | oui | non |
|  |  |
|  |  |  | Nombre | % |  |  | oui | non |
|  |  |
|  |  |  | Nombre | % |  |  | oui | non |
|  |  |

1. **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(s) | Date de prise de fonction(s) | 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 …/…/……

**Signature** *(précédée de la mention manuscrite « certifié exact »)*

***Réservé au Conseil régional***

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

Date d’envoi du dossier par le Conseil régional d’origine : | | | | | | | | | | |

Date de réception du dossier par le Conseil régional destinataire : | | | | | | | | | | |

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

Radiation : session du | | | | | | | | | | |

Observations :…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**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 de la carte 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 (activité sous le régime BNC).
4. Attestation du représentant légal de la société (cf. Annexe 5).
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 (cette attestation n’est pas à fournir si vous exerciez déjà dans la société).

ANNEXE 5

**ATTESTATION DU REPRESENTANT LEGAL DE LA SOCIETE**

*(Modèle à reproduire sur du papier à en-tête)*

Je soussigné(e),

*(Nom, prénom)* ....................................................................................................................................................

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

de la société / du cabinet d’expertise comptable / de la succursale / de l’AGC........................................................

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

atteste que :

Madame / Monsieur *(nom et prénom du candidat)* ............................................................................................

..............................................................................................................................................................................

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

..............................................................................................................................................................................

qui demande son inscription au Tableau de l’Ordre des experts-comptables de ………………………………………….

exercera la profession d’expert-comptable au nom et pour le compte de notre société / de mon cabinet / de notre succursale / de notre AGC56

Fait à ........................................... Le …/…/……

**Signature**

56 Conserver uniquement la mention utile