

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aquitaine (03) | <input type="checkbox"/> Montpellier (11) |
| <input type="checkbox"/> Auvergne (05) | <input type="checkbox"/> Orléans (13) |
| <input type="checkbox"/> Bourgogne-Franche-Comté (06) | <input type="checkbox"/> Paris-Ile-De-France (14) |
| <input type="checkbox"/> Bretagne (16) | <input type="checkbox"/> Pays-de-Loire (02) |
| <input type="checkbox"/> Champagne (04) | <input type="checkbox"/> Picardie-Ardenne (01) |
| <input type="checkbox"/> Corse (24) | <input type="checkbox"/> Poitou (15) |
| <input type="checkbox"/> Guadeloupe (20) | <input type="checkbox"/> Provence-Alpes-Côte-D'azur (10) |
| <input type="checkbox"/> Guyane (21) | <input type="checkbox"/> Réunion (23) |
| <input type="checkbox"/> Lille-Nord-Pas-De-Calais (07) | <input type="checkbox"/> Rhône-Alpes (09) |
| <input type="checkbox"/> Limoges (08) | <input type="checkbox"/> Rouen-Normandie (17) |
| <input type="checkbox"/> Lorraine (12) | <input type="checkbox"/> Toulouse-Midi-Pyrénées (19) |
| <input type="checkbox"/> Martinique (22) | |

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) juridiction(s) ?

Depuis quelle date ?

.....	_ _ _ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Domicile personnel

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE :

PAYS :

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

ADRESSE E-MAIL :

Dernier domicile fiscal (s'il est différent du domicile personnel)

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|

VILLE :

PAYS :

2 RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

2.1 Vous allez exercer la profession d'expert-comptable en qualité de salarié ou d'associé d'une société d'expertise comptable déjà constituée ou en cours de création

- En qualité d'associé : oui non
- En qualité de salarié : oui non

NOM OU DENOMINATION SOCIALE DE LA SOCIETE / SUCCURSALE :

.....
.....

SIGLE DE LA SOCIETE ³ / SUCCURSALE :

.....

ADRESSE :

.....
.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE :

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

PORTABLE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

VOTRE ADRESSE E-MAIL :

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

Responsable ordinal de cet établissement

NOM :

PRENOM :

2.2 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 : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

PORTABLE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

VOTRE ADRESSE E-MAIL :

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

2.3 Vous allez exercer la profession d'expert-comptable en qualité de salarié d'une AGC

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|

VILLE :

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

³ Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

PORTABLE : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

VOTRE ADRESSE E-MAIL :

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

2.4 Vous allez exercer la profession d'expert-comptable sous le régime BNC

- BNC : oui non
- EIRL : oui non

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE :

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

PORTABLE : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

VOTRE ADRESSE E-MAIL :

ADRESSE SITE INTERNET :

NUMERO SIREN/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 :

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

Organigramme du bureau

Nom - Prénom des salariés	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 |_|_|_|_|

Jours et heures d'ouverture :

2.5 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 ?

En cas de pluralité d'adresses professionnelles, indiquer celle retenue (entité + adresse) :

.....

3 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 connaître les modalités et que vous pouvez exercer en vous adressant à :

Conseil régional de l'Ordre des experts-comptables :

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 :

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

Région ordinaire du siège social	Raison sociale	Numéro d'inscription à l'Ordre	Droits sociaux détenus		Date de début de détention des droits	Fonction(s) au sein de la société	Exercice effectif dans la société	
			Nombre	%			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
							<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

			Nombre	%				
							<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

5 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 »)

LISTE DES PIÈCES 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 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 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 2.3](#) et [Annexe 2.4](#)).

ANNEXE 2.1

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR INSCRIT A L'ORDRE

Exercice en qualité de salarié d'un cabinet, d'une société d'expertise comptable, d'une succursale ou d'une AGC

(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 / Mademoiselle / Monsieur (nom et prénom du candidat),
.....,
demeurant à (adresse du domicile),
.....,
Embauché(e) le,

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 / de la succursale / de l'AGC.

Fait à Le .../.../.....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

ANNEXE 2.2

ATTESTATION DU REPRESENTANT LEGAL DE LA SOCIETE

Exercice en qualité d'associé non salarié d'une société d'expertise comptable

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

Je soussigné(e),

(Nom, prénom),
agissant en qualité de (fonction),
de la société,
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),
.....,

Associé depuis le

qui demande son inscription au Tableau de l'Ordre des experts-comptables, exercera la profession d'expert-comptable indépendant.

Fait à Le .../.../.....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

ANNEXE 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 (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

ANNEXE 2.4

ENGAGEMENT DE RESPONSABILITE ORDINALE

Responsabilité ordinaire 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

(Adresse principale) :

.....

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

(Adresse) :

.....

.....

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 *(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)*

Signature du membre possesseur du bureau *(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)*