



## II. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

---

### 1. PRESIDENT

NOM - PRENOM : .....

MANDAT : DATE DEBUT : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|                      DATE FIN : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

DATE ET LIEU NAISSANCE : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|                      à .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

.....

NUMERO TELEPHONE PERSONNEL : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

ADRESSE E-MAIL PERSONNEL : .....

ADRESSE PROFESIONNELLE : .....

.....

NUMERO TELEPHONE PROFESSIONNEL : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

E-MAIL PROFESSIONNEL : .....

### 2. DIRECTEUR GENERAL

NOM - PRENOM: .....

MANDAT : DATE DEBUT : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|                      DATE FIN : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

DATE ET LIEU NAISSANCE : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|                      à .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

.....

NUMERO TELEPHONE PERSONNEL : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

E-MAIL PERSONNEL : .....

ADRESSE PROFESIONNELLE : .....

.....

.....

NUMERO TELEPHONE PROFESSIONNEL : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

E-MAIL PROFESSIONNEL : .....

### 3. Fédération à laquelle l'A.G.C. a adhéree :

NOM : .....

.....

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

### III. ORGANISATION GENERALE DU CABINET

(Siège social et bureaux secondaires inscrits ou non inscrits au Tableau de l'Ordre)

#### 1 SIEGE SOCIAL

ADRESSE .....

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

TÉL. : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| FAX : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) (de type « ville/raison sociale): .....

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

Membre de l'Ordre responsable : .....

Qualité : .....

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

En qualité de .....

#### Organigramme du siège social (effectif par catégorie)

- Experts-comptables indépendants (noms/nombre) : .....
- Experts-comptables salariés inscrits (noms/nombre) : .....
- Experts-comptables stagiaires : .....

Personnel comptable .....

Personnel administratif .....

Personnel informatique .....

TOTAL .....

#### 2. LISTE DES BUREAUX A LA DATE DE LA DEMANDE <sup>3</sup> (autres que celui pour lequel l'inscription est demandée)

- 1<sup>er</sup> Bureau :

Adresse : .....

N° de Téléphone : ..... N° de Fax : .....

Adresse e-mail (de type « ville/dénomination »): .....

<sup>3</sup> A dupliquer si la structure possède plus de deux bureaux secondaires



Membre de l'Ordre responsable :

Nom : .....

Qualité : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : .....

**Organigramme (effectif par catégorie suivant la convention collective)**

- Experts-comptables indépendants (inscrits/noms) : .....
- Experts-comptables salariés (inscrits/noms) : .....
- Experts-comptables stagiaires : .....

Personnel comptable

- Niveau 1 à 5, coefficient supérieur ou égal à 200  
dont diplômés d'expertise comptable (non inscrits) .....
- Niveau 5 coeff. < à 200 .....

Personnel administratif .....

Personnel informatique .....

TOTAL .....

**IV. CABINET SECONDAIRE POUR LEQUEL L'INSCRIPTION EST DEMANDEE**

ADRESSE .....

.....

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

VILLE .....

TÉL. : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| FAX : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

ADRESSE E-MAIL (de type « ville/dénomination »): .....

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

**2. RESPONSABLE DEONTOLOGIQUE DE CE BUREAU<sup>4</sup> :**

TITRE :  Monsieur  Madame

NOM PATRONYMIQUE : .....

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) : .....

NOM USUEL : .....

<sup>4</sup> Le responsable ordinal d'un bureau secondaire doit nécessairement être un membre de l'Ordre, associé ou salarié de la société, inscrit au Tableau de la région dans laquelle se trouve le bureau secondaire dont il assurera la surveillance effective et régulière.

PRENOMS : .....

**NAISSANCE**

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

VILLE : .....

DEPARTEMENT : |\_|\_|

PAYS : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

N° TEL FIXE. : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| N°PORTABLE : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Inscrit à titre principal au Tableau de la région de : .....

Fonctions exercées : .....

**3. ORGANIGRAMME DE CE BUREAU :**

NOM DES SALARIES	FONCTION <sup>5</sup>	QUALIFICATION

**4. Jours et heures d'ouverture et de réception de la clientèle :**

Le ..... de ..... à .....

Le ..... de ..... à .....

Le ..... de ..... à .....

Le ..... de ..... à .....

Le ..... de ..... à .....

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

Recrutement (qui recrute ?)

.....

Gestion financière et comptable (par qui est-elle assurée ?)

.....

Visa des travaux exécutés par les collaborateurs (qui vise ?)

.....

<sup>5</sup> Assistant – Secrétaire – Informaticien – Le cas échéant, préciser la qualité de membre de l'Ordre.

6. Nombre de dossiers suivis par le cabinet secondaire

- Missions de tenue complète : .....
- Missions d'établissement des comptes annuels : .....
- Missions de révision comptable : .....
- Autres missions (à préciser ci-dessous) : .....

TOTAL .....

- .....
- .....
- .....
- .....

La demande d'inscription du bureau est motivée par :

un rachat de clientèle à (fournir l'acte d'acquisition) : .....

autres (préciser) : .....

7. Mention de l'existence des bureaux secondaires dans les polices d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle :

OUI

NON

8. Dans quelle(s) autre(s) région(s) l'AGC est-elle déjà inscrite ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALSACE (18)                   | <input type="checkbox"/> LORRAINE (12)                |
| <input type="checkbox"/> AQUITAINE (03)                | <input type="checkbox"/> MARSEILLE PACA (10)          |
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE (05)                 | <input type="checkbox"/> MARTINIQUE (22)              |
| <input type="checkbox"/> BOURGOGNE FRANCHE COMTE (06)  | <input type="checkbox"/> MONTPELLIER (11)             |
| <input type="checkbox"/> BRETAGNE (16)                 | <input type="checkbox"/> ORLÉANS (13)                 |
| <input type="checkbox"/> CHAMPAGNE (04)                | <input type="checkbox"/> PARIS ILE DE FRANCE (14)     |
| <input type="checkbox"/> CORSE (24)                    | <input type="checkbox"/> PAYS DE LOIRE (02)           |
| <input type="checkbox"/> GUADELOUPE (20)               | <input type="checkbox"/> PICARDIE-ARDENNES (01)       |
| <input type="checkbox"/> GUYANE (21)                   | <input type="checkbox"/> POITOU CHARENTES VENDÉE (15) |
| <input type="checkbox"/> LA REUNION (23)               | <input type="checkbox"/> RHÔNE ALPES (09)             |
| <input type="checkbox"/> LILLE NORD PAS DE CALAIS (07) | <input type="checkbox"/> ROUEN NORMANDIE (17)         |
| <input type="checkbox"/> LIMOGES (08)                  | <input type="checkbox"/> TOULOUSE MIDI PYRÉNÉES (19)  |

Date de la première inscription au Tableau de l'Ordre : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

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

Je m'engage à faire connaître au Conseil régional, dans un délai maximum d'un mois à compter de sa survenance, tout changement relatif à la situation de l'A.G.C., en joignant copie certifiée conforme des documents juridiques en faisant état.

Fait à : .....

Le .....

NOM, Prénom, Qualité  
Signature

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « certifié exact »)



## LISTE DES PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE ET VOTRE LETTRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

1. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe n°1)
2. Copie du bail professionnel ou justificatif de la propriété des locaux et de la possibilité d'y exercer la profession
3. Attestation justifiant de la souscription à une assurance de responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix couvrant les activités du bureau secondaire dont l'inscription est demandée et les personnes salariées couvertes, inscrites au titre de l'article 83 bis, ter ou quater (Annexe n°2).
4. Copie du contrat d'acquisition de clientèle complet.
5. Copie des statuts si le siège est inscrit dans une autre Région ordinale.



## ENGAGEMENT DU RESPONSABLE ORDINAL

(Modèle « bureau secondaire » à reproduire sur le papier en-tête de l'A.G.C.)

Je soussigné(e)

NOM : .....

PRENOMS : .....

inscrit au Tableau du Conseil régional de .....

Déclare être responsable du bureau secondaire ouvert par (raison sociale et adresse du siège social) :

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

à (adresse complète du bureau secondaire) : .....

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

Ceci modifie mon adresse professionnelle actuelle : OUI  NON

Je m'engage à assurer personnellement une direction effective de ce bureau qui me permette, compte tenu de la structure et des procédures internes de l'A.G.C. et dudit bureau, d'en assurer la maîtrise des dossiers et 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 bureau principal*) .....

et le cas échéant, du Conseil régional de l'Ordre de Bretagne.

A..... Le .....

Co-signature du responsable déontologique ( <i>représentant légal</i> )	Signature du Responsable ordinal ( <i>responsable technique</i> )
Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »	

**ATTESTATION PROVISoire D'ASSURANCE  
RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE**

Je soussigné(e) : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

.....

Atteste au nom de la Compagnie d'assurances : .....

que l'association de gestion et de comptabilité.....

Adresse : .....

.....

qui sollicite l'inscription d'un bureau secondaire

sis .....

.....

à la suite du Tableau de l'Ordre des Experts-Comptables de la région Bretagne a souscrit un contrat d'assurance n° ..... par lequel ladite association, ses bureaux et les salariés dont la liste est jointe ci-après, bénéficieront des garanties conformes aux dispositions du décret n° 2012-432 du 30 mars 2012, pris en application de l'article 17 de l'Ordonnance n° 45-2138 du 19 septembre 1945.

Les bureaux et personnes physiques couverts par ce contrat d'assurance :

.....

.....

.....

Pour le bureau dont l'inscription est demandée, la prise d'effet de ce contrat sera la date de l'inscription à l'Ordre de la région Bretagne.

Dès que nous aurons connaissance de cette date, nous adresserons directement au Conseil régional de l'Ordre une attestation définitive.

La présente attestation a été délivrée pour être remise au Conseil régional de l'Ordre en vue de compléter le dossier d'inscription.

Fait à .....

Le .....

Cachet Professionnel  
et Signature de l'Assureur