

## Informations générales

☐ Mme ☐ M.

Régime d'imposition : ☐ IR ☐ IS

Nom :

☐ Déclaration contrôlée sur option

Prénom :

☐ Déclaration contrôlée d'office

Raison sociale/Enseigne :

Date de création de l'entreprise : / /

Tel :

Date de début d'exercice : / /

Mail :

Date de fin d'exercice : / /

Activité(s) exercée(s) :

Code NAF :

**Forme juridique :** ☐ Entreprise Individuelle

N°siret :

ROF :

☐ Société – Type de société à préciser :

Pour les professions suivantes, veuillez cocher les cases vous concernant :

\***Agent commercial** : en immobilier ☐ si autre ☐ en quel domaine ?

\***Médecin** : généraliste ☐ spécialiste : ☐ si oui quelle spécialité ?

**Secteur au niveau de la convention** : remplaçant ☐ secteur I ☐ secteur II ☐ secteur III ☐ hors convention ☐

**Exonérations** : CET ☐ Allocations familiales (AF) ☐ Maladie ☐ Retraite ☐

**Membre d'une SCM** : oui ☐ non ☐ Si oui, Nom de la SCM :

**Psychologue/psychanalyste/psychothérapeute** : ☐ Diplômé pour être recruté comme psychologue dans la fonction publique hospitalière Année d'obtention :

☐ Confirmation par l'autorité compétente de leur capacité à faire usage de ce titre et à l'inscription auprès de cette autorité.

## Correspondance

### Adresse Entreprise

Rue :

CP :

Ville :

### Adresse personnelle

Rue :

CP :

Ville :

Vous désirez recevoir vos courriers officiels à votre adresse :

☐ Professionnelle

**Ou**

☐ personnelle

Vous souhaitez recevoir vos invitations aux formations et vos lettres d'informations :

☐ par E-mail

**Ou**

☐ par courrier

## TVA

Activité soumise à TVA : oui ☐ non ☐ (si Organisme de formation s'inscrivant dans le cadre de la formation, professionnelle continue êtes-vous en possession du cerfa n°3511 ☐ Oui ☐ non)

Assujettissement partiel : ☐

Franchise de TVA : ☐

