

**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<sup>1</sup>

Photo

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AQUITAINE (03)                | <input type="checkbox"/> MONTPELLIER (11)                |
| <input type="checkbox"/> ALSACE (18)                   | <input type="checkbox"/> ORLÉANS (13)                    |
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE (05)                 | <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-ARDENNES (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)               |  |

Date de la première inscription .....

**I - ETAT CIVIL**TITRE :  Monsieur  Madame

NOM PATRONYMIQUE : .....

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

NOM USUEL<sup>2</sup> : .....

PRENOMS : .....

**NAISSANCE**

DATE : \_\_\_\_\_ VILLE : .....

DEPARTEMENT : \_\_\_\_\_ PAYS : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

**NATIONALITE** : .....

<sup>1</sup> Cochez la case correspondante

<sup>2</sup> 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.

NOM DU CONJOINT : .....

PRENOM DU CONJOINT : .....

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AQUITAINE (03)                | <input type="checkbox"/> MONTPELLIER (11)                |
| <input type="checkbox"/> ALSACE (18)                   | <input type="checkbox"/> ORLÉANS (13)                    |
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE (05)                 | <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-ARDENNES (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 : .....

TÉL FIXE : ..... PORTABLE : .....

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 DANS UNE SOCIETE D'EXPERTISE COMPTABLE, UNE SUCCURSALE OU UNE AGC, 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 <sup>3</sup> : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

TÉL : ..... FAX : .....

ADRESSE E-MAIL : .....

NUMERO SIRET : .....

RESPONSABLE ORDINAL DE CET ETABLISSEMENT :

NOM : .....

PRENOM : .....

---

<sup>3</sup> Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

**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 : .....

TÉL : ..... FAX : ..... PORTABLE : .....

ADRESSE E-MAIL : .....

NUMERO SIRET : .....

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

ADRESSE PROFESSIONNELLE : .....

.....

CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

TÉL : ..... FAX : ..... PORTABLE : .....

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 : .....

**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 - 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 29-7<sup>e</sup> 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'opposition 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 : [mmorellet@bfc.experts-comptables.fr](mailto:mmorellet@bfc.experts-comptables.fr)

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 :

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

REGION ORDINALE DU SIEGE SOCIAL	RAISON SOCIALE et N° D'INSCRIPTION A L'ORDRE	DROITS SOCIAUX DETENUS		DATE DE DEBUT DE DETENTION DES DROITS	FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIETE	EXERCICE EFFECTIF 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 PIÈCES À RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

- 1) Une photo d'identité de format standard (3 x 4 cm) à coller sur la 1<sup>ère</sup> page de ce dossier
- 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 exerçant sous le régime BNC)
- 4) Attestation de votre employeur membre de l'Ordre, précisant que vous exercerez en qualité d'Expert-Comptable ([Annexe n° 1](#))
- 5) Attestation justifiant de votre souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix ([Annexe n° 2.1](#)), ou attestation d'assurance de votre employeur inscrit à l'Ordre, personne physique ou morale, précisant que vous êtes couvert(e) par le contrat qu'il a souscrit ([Annexe n° 2.2](#))
- 6) Engagement de responsabilité ordinale ([Annexe n° 3.1 ou 3.2](#))

## ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR EXPERT-COMPTABLE

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

Je soussigné(e)

NOM .....

PRENOM .....

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 / 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 de ladite société / dudit cabinet.

Fait à ..... le .....

Signature :

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

**ATTESTATION D'ASSURANCE  
RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE**

**Exercice de la profession à titre indépendant sous le régime BNC**

Je soussigné .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

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

que Mme / M. ....

Adresse .....

.....

qui sollicite son inscription à l'Ordre des Experts-Comptables de la région **Bourgogne - Franche-Comté**

a souscrit un contrat d'assurance n° ..... par lequel il / elle bénéficiera 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° 452138 du 19 septembre 1945.

La prise d'effet de ce contrat sera la date de l'inscription à l'Ordre de la région **Bourgogne - Franche-Comté**.

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

**ATTESTATION D'ASSURANCE  
RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE**

**Exercice de la profession en qualité de salarié ou d'associé**

Je soussigné .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

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

que Mme / M. ....

Adresse .....

.....

qui sollicite son inscription à l'Ordre des Experts-Comptables de la région **Bourgogne - Franche-Comté**

est couvert(e) par le contrat d'assurance n° .....

souscrit par la société d'expertise comptable / la succursale / l'AGC (dénomination sociale et adresse) :

.....

.....

.....

par lequel il / elle bénéficiera 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° 452138 du 19 septembre 1945.

La prise d'effet de ce contrat sera la date de l'inscription à l'Ordre de la région **Bourgogne - Franche-Comté**.

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

**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 : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

Sollicitant mon inscription secondaire au Tableau de l'Ordre des Experts-Comptables pour y exercer la profession d'Expert-Comptable 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 Bourgogne Franche-Comté.

et le cas échéant, du Conseil régional de .....

Fait à ..... le .....

Signature :

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

## **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 : .....

PRENOM : .....

Expert-Comptable salarié du Cabinet :

NOM DU CABINET .....

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

ADRESSE DU 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'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 Bourgogne - Franche-Comté

et le cas échéant, du Conseil régional de .....

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")*