

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 _____

DEMANDE DE TRANSFERT D'INSCRIPTION
AU TABLEAU DE L'ORDRE
Questionnaire Personne Physique

Photo

Indiquer la région dans laquelle votre inscription doit être transférée¹

- | | |
|--|--|
| <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) : _____

¹ Cochez la case correspondante

NOM USUEL² : _____

PRENOMS : _____

NAISSANCE

DATE : _____

VILLE : _____

DEPARTEMENT : _____

PAYS : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NATIONALITE : _____

NOM DU CONJOINT : _____

PRENOM DU CONJOINT : _____

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 : _____

TÉL. : _____ **FAX :** _____ **PORTABLE :** _____

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

² 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.

DERNIER DOMICILE FISCAL (s'il est différent du domicile personnel)

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

PAYS : _____

II – RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS (dans le ressort du conseil destinataire)

**1. VOUS ALLEZ EXERCER LA PROFESSION D'EXPERT-COMPTABLE EN QUALITE DE SALARIE
OU D'ASSOCIE D'UNE PERSONNE MORALE MEMBRE DE L'ORDRE**

En qualité d'associé
 Oui Non

En qualité de salarié
 Oui Non

NOM OU DENOMINATION SOCIALE DE LA SOCIETE : _____

SIGLE DE LA SOCIETE ³ : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE _____

TÉL. : _____ **FAX :** _____

ADRESSE E-MAIL _____

NUMERO SIRET : _____

RESPONSABLE ORDINAL DE CET ETABLISSEMENT :

NOM _____

PRENOM _____

**2. VOUS ALLEZ EXERCER LA PROFESSION D'EXPERT-COMPTABLE EN QUALITE DE SALARIE
D'UNE PERSONNE PHYSIQUE MEMBRE DE L'ORDRE**

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE : _____

³ Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

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 : _____

Etes-vous le responsable ordinal de ce bureau ? Oui Non

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 – 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 de Bourgogne – Franche-Comté

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 :

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

REGION ORDINALE DU SIEGE SOCIAL	RAISON SOCIALE	DROITS SOCIAUX DETENUS		DATE DE DEBUT DE DETENTION DES DROITS	FONCTIONS AU SEIN DE LA SOCIETE	EXERCICE EFFECTIF DANS LA SOCIETE OUI / NON
		NOMBRE	%			

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 _____

Signature :

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

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 (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 n°3.1](#)) **OU** attestation du représentant légal de la société, en cas d'exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable (cf [Annexe n°3.2](#)).
- 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

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR EXPERT-COMPTABLE
exercice en qualité de salarié d'un cabinet ou d'une société d'expertise comptable

ATTESTATION
(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 en qualité de salarié(e) de ladite société / dudit cabinet.

Fait à _____ le _____

Signature :

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

ATTESTATION DU REPRESENTANT LEGAL DE LA SOCIETE
exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable

ATTESTATION
(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 en qualité d'associé(e) de ladite société.

Fait à _____ le _____

Signature :

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