

Réservé au Conseil régional :

Code du dossier : |_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Date de la demande : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_| Inscription : session du |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
(dossier complet)

DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE AU TABLEAU DE L'ORDRE

QUESTIONNAIRE PERSONNE MORALE

I. CARACTERISTIQUES DE L'ASSOCIATION

DÉNOMINATION SOCIALE :

SIGLE ¹ : _____

NOM RÉDUIT ² _____ :

OBJET DE L'ASSOCIATION :

(à préciser) : _____

FORME DE L'ASSOCIATION :

(à préciser) : _____

¹ Sigle mentionné dans les statuts uniquement

² A indiquer par le responsable ordinal . Ce nom correspond aux normes de la Poste (64 caractères maximum).

II. ORGANISATION GENERALE DE L'ASSOCIATION

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

1. Siège social

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

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

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

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

Responsable ordinal : _____

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

Organigramme du siège social (effectif par catégorie suivant la convention collective)

| | |
|---------------------------|-------|
| - Personnel comptable | _____ |
| - Personnel administratif | _____ |
| - Personnel informatique | _____ |
| TOTAL | _____ |

2. Bureaux secondaires inscrits ou non inscrits à la date de la demande
(autres que celui pour lequel l'inscription est demandée)

• **1^{er} Bureau :**

Adresse : _____

N° de Téléphone : _____ N° de Fax : _____

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : _____

Non-inscrit

Responsable ordinal :

Nom : _____

Adresse professionnelle : _____

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : _____

Organigramme (effectif par catégorie suivant la convention collective)

- | | |
|---------------------------|-------|
| - Personnel comptable | _____ |
| - Personnel administratif | _____ |
| - Personnel informatique | _____ |
| | _____ |
| TOTAL | _____ |

• **2^{ème} Bureau :**

Adresse : _____

N° de Téléphone : _____ N° de Fax : _____

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : _____

Non-inscrit

Responsable ordinal :

Nom : _____

Adresse professionnelle : _____

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : _____

Organigramme (effectif par catégorie suivant la convention collective)

- | | |
|---------------------------|-------|
| - Personnel comptable | _____ |
| - Personnel administratif | _____ |
| - Personnel informatique | _____ |
| | _____ |
| TOTAL | _____ |

3. ORGANIGRAMME DE CE BUREAU :

| NOM DES SALARIÉS | FONCTION ³ | QUALIFICATION (Réf. Convention collective) |
|------------------|-----------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 _____
Le _____ de _____ à _____

5. Description de la procédure de direction et de surveillance par le responsable ordinal

Recrutement (qui recrute ?)

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

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

³ Assistant – Secrétaire – Informaticien

6. Nombre de dossiers suivis par le bureau secondaire

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

TOTAL _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

7. Mention de l'existence du ou des bureaux secondaires (inscrits ou non inscrits au Tableau de l'Ordre) dans les polices d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle :

OUI

NON

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AMIENS (01) | <input type="checkbox"/> MARTINIQUE (22) |
| <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 COMTE (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"/> POITOU CHARENTES VENDÉE (15) |
| <input type="checkbox"/> GUADELOUPE (20) | <input type="checkbox"/> RÉUNION (23) |
| <input type="checkbox"/> GUYANE (21) | <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"/> STRASBOURG / ALSACE (18) |
| <input type="checkbox"/> LORRAINE (12) | <input type="checkbox"/> TOULOUSE MIDI PYRÉNÉES (19) |
| <input type="checkbox"/> MARSEILLE PACAC (10) | |

Date de la première inscription au Tableau de l'Ordre : _____

IV. COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS PROFESSIONNELLES

Application d'un prorata temporis sur le montant de la cotisation annuelle fixe lors de l'inscription d'un établissement, par rapport à la date de Session pour laquelle l'inscription est demandée :

| Inscriptions | Montants appelés lors des Sessions d'inscription en 2023 | | | |
|--------------|--|------------|------------|------------|
| | 08/03/2024 | 07/06/2024 | 06/09/2024 | 29/11/2024 |
| AGC | 818.00 € | 545.00 € | 272.50 € | 0.00 € |

Parallèlement à l'envoi de votre dossier de demande d'inscription au Conseil régional de l'ordre, merci de procéder au virement de la somme attendue ou de joindre un chèque (libellé à : Ordre des Experts-Comptables de Bourgogne – Franche-Comté).

| BP BOURGOGNE FRANCHE-COMTE | | | | |
|--|------------------------------|---|----------------------|--|
| Titulaire du compte/Account holder | | Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittances, etc.). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation. This statement is intended for your payees and/or payors when setting up Direct debit, Standing orders, Transfers and Payment. Please use this Bank account statement when booking transactions. It will help avoiding execution errors which might result in unnecessary delays. | | |
| ORDRE DES EXPERTS COMPTABLES BP 50956 21009 DIJON CEDEX | | | | |
| Relevé d'identité bancaire / Bank details statement | | | | |
| IBAN (International Bank Account Number) FR76 1080 7004 0100 1192 7141 950 | | BIC (Bank Identification Code) CCBPFRRPPDJN | | |
| Code Banque 10807 | Code Guichet 00401 | N° du compte 00119271419 | Clé RIB 50 | Domiciliation/Paying Bank BPBFC DIJON TREMOUILLE |

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'Association, en joignant copie certifiée conforme des documents sociaux le mentionnant.

Fait à : _____ Le _____

*NOM, Prénom, Qualité
Signature*

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

LISTE DES PIÈCES À RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

1. Copie des statuts de l'Association.
2. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe n°1).
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.

Engagement de responsabilité ordinale

Modèle à reproduire sur le papier en-tête de l'Association

Je soussigné

NOM : _____

PRENOMS : _____

Inscrit à titre principal 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) : _____

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'Association 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 cabinet principal*)

et le cas échéant, du Conseil régional de l'Ordre de (*région du cabinet secondaire*)

A _____ Le _____

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »