





**2. Bureaux secondaires inscrits ou non inscrits à la date de la demande** <sup>4</sup>  
(autres que celui pour lequel l'inscription est demandée)

• **1<sup>er</sup> Bureau :**

Adresse : .....

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

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

Non-inscrit

**Membre de l'Ordre responsable :**

Nom : .....

Adresse professionnelle : .....

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

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

• Experts-comptables stagiaires : .....

• Experts-comptables salariés (inscrits) : .....

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 .....

• **2<sup>ème</sup> Bureau :**

Adresse : .....

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

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

Non-inscrit

**Membre de l'Ordre responsable :**

Nom : .....

Adresse professionnelle : .....

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

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

• Experts-comptables stagiaires : .....

• Experts-comptables salariés (inscrits) : .....

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 .....

<sup>4</sup> A dupliquer si la société possède plus de deux bureaux secondaires

**III. ETABLISSEMENT SECONDAIRE POUR LEQUEL L'INSCRIPTION EST DEMANDEE**

**1. ADRESSE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

VILLE : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

\_\_\_\_\_

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

**2. RESPONSABLE ORDINAL DE CET ETABLISSEMENT<sup>5</sup> :**

TITRE :         Monsieur                 Madame                 Mademoiselle

NOM PATRONYMIQUE :

\_\_\_\_\_

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) :

\_\_\_\_\_

NOM USUEL :

\_\_\_\_\_

PRENOMS :

\_\_\_\_\_

**NAISSANCE**

DATE :        \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

DEPARTEMENT : \_\_\_\_\_

PAYS : \_\_\_\_\_

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

**Qualité au sein de la société :**     Expert-comptable associé         Expert-comptable salarié

**Fonctions exercées au sein de la société<sup>6</sup> :** .....

5 Le responsable ordinal d'un bureau secondaire d'une société d'expertise comptable 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.

**3. ORGANIGRAMME DE CET ETABLISSEMENT :**

NOM DES SALARIES	FONCTION <sup>7</sup>	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 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 ?)

.....

---

6 Gérant, président du Conseil d’administration, Président du Directoire ....

7 Assistant – Secrétaire – Informaticien ..... – Le cas échéant, préciser la qualité de membre de l’Ordre

**6. Nombre de dossiers suivis par l'établissement 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) la société 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 :**   |\_|\_|   |\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|

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 la société, en joignant copie certifiée conforme des documents sociaux le mentionnant ainsi que l'extrait K bis qui en fait 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**

1. Un extrait Kbis de la société à jour à la date de la demande
2. Un exemplaire des statuts de la société actuellement en vigueur
3. La répartition du capital social actuelle
4. Attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre (à demander au Conseil régional du siège social si différent de la région Rouen Normandie)
5. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe 1) à reproduire sur le papier en-tête de la société
6. Copie du bail professionnel ou bail de sous-location (dans ce cas, joindre une copie du bail principal et le cas échéant, l'autorisation de sous-location émanant du bailleur)
7. 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 (Annexe 2)

## Engagement de responsabilité ordinale

Modèle à reproduire sur le papier en-tête de la société

Je soussigné

NOM : .....

PRENOMS : .....

Expert-comptable 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 du cabinet 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 »**

**ATTESTATION PROVISOIRE D'ASSURANCE  
RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE**  
*à établir par l'assureur*

Je soussigné(e) : .....  
Qualité : .....  
Adresse : .....  
.....

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

que la société .....  
Adresse : .....  
.....

qui sollicite son inscription à l'Ordre des Experts-Comptables de la région .....

a souscrit un contrat d'assurance n° ..... par lequel la société et les membres de l'Ordre dont la liste est jointe ci-après, bénéficieront des garanties conformes aux dispositions du décret n° 96-49 du 22 janvier 1996, pris en application de l'article 17 de l'Ordonnance n° 45-2138 du 19 septembre 1945 :

Membres de l'Ordre couverts par ce contrat d'assurance :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

La prise d'effet de ce contrat sera la date de l'inscription à l'Ordre de la région .....

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