

3. Allez-vous exercer la profession d'expert-comptable en qualité d'associé ou de mandataire social d'une société membre de l'Ordre :

Oui Non

Si oui, dénomination sociale de la société :

Sigle de la société³ : _____

Adresse du bureau où vous allez exercer :

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TÉL. : _____ FAX : _____

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

SIREN/SIRET DU MEMBRE DE L'ORDRE : _____

NOM DU RESPONSABLE ORDINAL DE CE BUREAU :

III - RENSEIGNEMENTS DIVERS

Etes-vous inscrit 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 comme expert judiciaire ? Oui Non

Si oui, près de quelle(s) juridictions ? Depuis quelle date ?

.....
.....
_____|_____|_____|_____|_____|_____|
_____|_____|_____|_____|_____|_____|

3 Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

IV - DROITS SOCIAUX DÉTENUS A CE JOUR DANS UNE SOCIÉTÉ MEMBRE DE L'ORDRE

Région ordinale du siège social	N° de dossier de la société	Raison sociale	Droits sociaux détenus		Date de début de détention des droits	Fonctions au sein de la société	exercice effectif dans cette société ?
			Nombre	%			

V - RESPONSABILITÉS OU ACTIVITÉS 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, etc.)

NOM DE L'ORGANISME	FONCTION	DATE DE PRISE DE FONCTIONS	COMMENTAIRES

ORGANISATION GENERALE DU CABINET

(bureau principal et bureaux secondaires inscrits ou non inscrits au Tableau de l'Ordre)

1) Nom du CABINET PRINCIPAL

Nom :

Adresse :

N° de Téléphone : N° de Fax :

Inscrit au Tableau de l'Ordre de :

Membre de l'Ordre responsable :

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) **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

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^{ème} 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

CABINET SECONDAIRE POUR LEQUEL L'INSCRIPTION EST DEMANDEE

Adresse :
.....
.....

N° de Téléphone : N° de Fax :

Membre de l'Ordre responsable :
(obligatoirement inscrit au Tableau de notre région)

Adresse professionnelle :
.....

Organigramme :

NOM DES SALARIES	FONCTION ⁴	QUALIFICATION (Réf. Convention collective)

1. 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

4 Assistant – Secrétaire – Informaticien – Le cas échéant, préciser la qualité de membre de l'Ordre

2. 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 ?)

.....

3. Nombre de dossiers suivis par le cabinet secondaire

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

-
-
-
-
-
-

4. 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

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

Dans tous les cas :

1. Une photo d'identité
2. Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité
3. Attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre (à demander au Conseil régional dont vous dépendez à titre principal)
4. 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
5. Attestation de votre employeur, membre de l'Ordre, en cas d'exercice en qualité d'expert-comptable salarié (Annexe 1 modèle n° 1)
OU attestation du représentant légal de la société, en cas d'exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable (Annexe 1 modèle n° 2)
OU Justificatif établissant votre qualité de mandataire social d'une société membre de l'Ordre
6. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe 2, modèle n° 1 ou modèle n° 2)
7. Attestation justifiant de votre souscription à une assurance de 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, pour l'adresse professionnelle concernée (Annexe 3)

Attestation de l'employeur expert-comptable
Exercice en qualité de salarié d'un cabinet ou d'une société d'expertise comptable

A ETABLIR SUR PAPIER A EN-TETE

ATTESTATION

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

Agissant en qualité de (fonction).....

de la société /du cabinet d'expertise comptable

inscrit(e) au Tableau de l'Ordre de

atteste que

Mlle / Mme / M. (nom et prénom du candidat).....

.....

demeurant à (adresse domicile).....

.....

qui demande son inscription au Tableau de l'Ordre des Experts-Comptables de

.....

exercera la profession d'expert-comptable en qualité de salarié(e) de ladite société / dudit cabinet.

Fait à

Le

Signature

Attestation du représentant légal de la société
Exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable

A ETABLIR SUR PAPIER A EN-TETE

ATTESTATION

Je soussigné(e) (nom, prénom)

Agissant en qualité de (fonction)

de la société d'expertise comptable

inscrite au Tableau de l'Ordre de

atteste que

Mlle / Mme / M. (nom et prénom du candidat).....

demeurant à (adresse domicile)

qui demande son inscription au Tableau de l'Ordre des Experts-Comptables de

exercera la profession d'expert-comptable en qualité d'associé(e) de ladite société.

Fait à

Le

Signature

Engagement de responsabilité ordinale

RESPONSABILITE ORDINALE ASSUREE PAR LE POSSESSEUR DU CABINET LUI-MEME

MODELE A REPRODUIRE SUR LE PAPIER EN-TETE DU CABINET

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOMS :

DOMICILE :

.....

sollicitant l’inscription au Tableau de l’Ordre de la région de
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 (*région du cabinet principal*)

.....

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

.....

Fait à : Le

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

Engagement de responsabilité ordinale

RESPONSABILITE ORDINALE ASSUREE PAR UN MEMBRE DE L'ORDRE SALARIE DU POSSESSEUR DU BUREAU

MODELE A REPRODUIRE SUR LE PAPIER EN-TETE DU CABINET

Je soussigné(e) (*le membre de l'Ordre salarié*)

NOM :

PRENOMS :

Expert-comptable salarié du Cabinet :

NOM du cabinet

ADRESSE principale:

.....

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

ADRESSE du bureau secondaire

.....

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 (*région du cabinet principal*)

.....

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

.....

Fait à :

Le

le membre de l'Ordre Salarié

le membre de l'Ordre possesseur du bureau

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

**ATTESTATION PROVISOIRE D'ASSURANCE
RESPONSABILITÉ 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 / Mlle / M

Adresse :

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

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

souscrit par la société d'expertise comptable / le cabinet

Adresse de la société / du cabinet :

par lequel il / elle bénéficiera 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 modifiée par la loi n°2010-853 du 23 juillet 2010, rendant cette assurance obligatoire.

La prise d'effet de cette couverture 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

OBLIGATIONS FINANCIERES DU MEMBRE DE L'ORDRE

EXERCICE DE LA PROFESSION A TITRE LIBERAL

- Cotisations
- Ordre pour l'année entière
 - Caisse Allocations Familiales
 - Caisse Assurance Maladie (caisse mutuelle des professions libérales)
 - CAVEC (retraite vieillesse)
 - taxe professionnelle
 - assurance responsabilité civile professionnelle
 - possibilité de s'inscrire à une association agréée

EXERCICE DE LA PROFESSION A TITRE DE SALARIE UNIQUEMENT

- Cotisations
- Ordre pour l'année entière
 - CAVEC

GERANT OU PRESIDENT D'UNE SOCIETE D'EXPERTISE (A TITRE EXCLUSIF)

- Cotisations
- Ordre (à titre personnel et au nom de la société pour l'année entière)
 - Assurance responsabilité civile professionnelle
 - CAVEC

Sur la rémunération - Cotisations identiques à celles des salariés

ACTIVITE MIXTE : PARTIE ACTIVITE LIBERALE - PARTIE ACTIVITE SALARIEE DE SOCIETE D'EXPERTISE

- Au titre de l'activité libérale
- cotisations à l'Ordre pour l'année entière
 - cotisations allocations familiales
 - cotisations assurance maladie
 - retraite vieillesse (CAVEC)
 - taxe professionnelle
 - assurance responsabilité civile professionnelle
 - possibilité de s'inscrire à une association agréée

Sur la rémunération salariale - cotisations identiques à celles des salariés

Les cotisations professionnelles indiquées ci avant et pour chaque régime d'activité sont obligatoires.

Adresse des organismes ci-avant

- | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------|
| - Caisse d'allocations familiales - 18 rue Viala, 75015 PARIS | 01.45.71.34.56 |
| - CAVEC - 21 rue de Berri, 75834 PARIS CEDEX 08 | 01.44.95.68.10 |

Assurance responsabilité civile professionnelle :

- Toute compagnie d'assurance de votre choix
 - Assurance groupe de la profession :
 - VERSPIEREN – 8 avenue du Stade de France 93210 SAINT DENIS
- | | |
|--|----------------|
| | 01.49.64.12.02 |
| | 01.49.64.12.17 |