

II - ORGANISATION GENERALE DU CABINET : BUREAUX INSCRITS OU NON INSCRITS A LA DATE DE LA DEMANDE AUTRES QYE CELUI DONT L'INSCRIPTION EST DEMANDEE

• **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

NOM DES SALARIES	FONCTION ²	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

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 ?)

.....

² Assistant – Secrétaire – Informaticien – Le cas échéant, préciser la qualité de membre de l'Ordre

LISTE DES PIÈCES À RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

1. Copie du bail des locaux
2. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe 1, modèle n° 1 ou modèle n° 2)
3. Attestation justifiant que ce bureau est couvert par votre contrat d'assurances de responsabilité civile professionnelle (Annexe 2)

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 à titre indépendant

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

a souscrit un contrat d'assurance n° 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 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

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