

II – ORGANISATION GENERALE DU CABINET : Bureaux inscrits ou non inscrits à la date de la demande autres que celui dont 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 à titre principal 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 : ¹

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 à titre principal 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

1 Si vous possédez plus de deux bureaux, joindre en annexe autant de copies de cette fiche, remplies, que de bureaux.

Organigramme du bureau :

NOM DES SALARIES	FONCTION²	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 ?)

.....

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

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 bureau secondaire dans les polices d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle :

OUI

NON

Je certifie sincères et véritables les informations contenues dans le présent questionnaire.

Fait à :

Le

Signature précédée de la mention manuscrite « certifié exact »

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'assurance de responsabilité civile professionnelle ;
4. Un chèque de **804 euros** (à l'ordre de l'Ordre des experts comptables Paris Ile-de-France) en règlement de la redevance du Conseil Supérieur (680 euros) et de la cotisation fixe du conseil régional (124 euros).

Engagement de responsabilité ordinale

Responsabilité ordinale assurée par le possesseur du cabinet lui-même

Modèle à reproduire sur le papier en-tête 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

Responsabilité ordinale assurée par un membre de l'Ordre salarié du possesseur du bureau

Modèle à reproduire sur le papier en-tête 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 »

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 - 9 rue de Vienne, 75403 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 av du Stade de France ; 93210 SAINT DENIS 01.49.64.12.02
- Autres courtiers assurant une gestion groupée :
 - Cabinet BEASLAS - 56 bd de Picpus ; 75012 PARIS 01.47.00.05.92
 - SIACI département DUFLOT – 18 rue de Courcelles ; 75008 PARIS 01.44.20.95.49
 - ASSINCO (Cabinet LECONTE) – 202 av de Colmar ; 67100 STRASBOURG 03.88.65.86.47
 - OCA/BOITEL - 16 rue Baudin – BP 8 ; 92301 LEVALLOIS PERRET CEDEX 01.41.05.62.00
 - DE CLARENS (OGA) 17 rue Washington ; 75383 PARIS CEDEX 08 01.44.13.13.00