



**ADRESSE PERSONNELLE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

TÉL. : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

\_\_\_\_\_

**Dans quelle(s) autre(s) région(s) êtes-vous déjà inscrit ?**

- |                                                        |                                                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <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)          |                                                       |

**Préciser la région de votre première inscription (ou réinscription) au Tableau de l'Ordre ou, le cas échéant, la région dans laquelle cette première inscription a été transférée :**

.....

**Date de la première inscription au Tableau de l'Ordre : \_\_\_\_\_**







#### 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<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 .....

**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 <sup>4</sup>	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 A 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 ;
8. 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).

**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

Melle / 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

Melle / 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

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 rue 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