

Réservé au Conseil régional

Code du dossier : _____

Date de la demande : _____
(dossier complet)

Inscription : session du _____

Photo

CONSEIL RÉGIONAL DE PARIS ILE-DE-FRANCE

Adresse : 50 rue de Londres – 75378 PARIS CEDEX 08

DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE AU TABLEAU DE L'ORDRE

QUESTIONNAIRE PERSONNE PHYSIQUE

I - ETAT CIVIL

TITRE : Monsieur Madame Mademoiselle

NOM PATRONYMIQUE :

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) :

NOM USUEL¹ :

PRENOMS :

NAISSANCE

DATE : _____

VILLE : _____

DEPARTEMENT : _____

PAYS : _____

NUMERO DE SECURITE SOCIALE _____

¹ Le nom usuel est celui sous lequel vous souhaitez figurer au Tableau de l'Ordre ; il peut s'agir soit du nom patronymique, soit du nom marital, soit des deux accolés, soit d'un précédent nom marital ; dans ce dernier cas, joindre un justificatif.

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 : _____

II - ADRESSE PROFESSIONNELLE (dans la région)

1. Allez-vous exercer la profession d'expert-comptable à titre indépendant (BNC) :

Oui Non

Si oui, remplir également le questionnaire pour l'inscription au Tableau de l'Ordre d'un bureau secondaire personne physique.

Adresse professionnelle :

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TÉL. : _____ FAX : _____

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

SIREN/SIRET : _____

Etes-vous responsable ordinal de ce bureau : Oui Non

Si non, qui assurera la responsabilité ordinale de ce bureau (membre de l'Ordre salarié inscrit au Tableau de l'Ordre de notre région) :

TITRE : Monsieur Madame Mademoiselle

NOM PATRONYMIQUE :

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) :

NOM USUEL :

PRENOMS :

NAISSANCE

DATE : _____

VILLE : _____

DEPARTEMENT : _____

PAYS _____

Allez-vous exercer la profession d'expert-comptable en qualité de salarié d'un autre membre de l'Ordre, personne physique ou morale : Oui Non

Si oui nom ou dénomination sociale de l'employeur

Sigle de la société² : _____

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 :

Quelle est l'adresse que vous souhaitez voir figurer dans l'annuaire de l'Ordre et qui sera celle à laquelle le Conseil régional vous adressera ses courriers :

Adresse professionnelle (indiquée ci-dessus : adresse du bureau où vous allez exercer)

Adresse personnelle (mentionnée page 2 du présent questionnaire)

² Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

2. 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 :

Quelle est l'adresse que vous souhaitez voir figurer dans l'annuaire de l'Ordre et qui sera celle à laquelle le Conseil régional vous adressera ses courriers :

Adresse professionnelle (indiquée ci-dessus : adresse du bureau où vous allez exercer)

Adresse personnelle (i.e. domicile, mentionnée page 2 du présent questionnaire)

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) juridiction(s) ?

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 ;

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 »