

**DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE**  
**Personne Physique**

**LISTE DES PIECES A RETOURNER EXCLUSIVEMENT PAR MAIL AU FORMAT PDF**  
**A L'ADRESSE SUIVANTE**

*inscription-tableau@oec-paris.fr*

*Contact : Isabelle Bertrand - Tél : 01 55 04 31 47*

1. Le questionnaire de demande d'inscription complété
2. Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité
3. Une copie du bail des locaux (si vous exercez à titre individuel)
4. L'engagement de responsabilité ordinale (Annexe 1-1 ou annexe 1-2)
5. Attestation de votre employeur membre de l'Ordre précisant que vous serez salarié(e) en qualité d'expert-comptable (Annexe 2-1) ou attestation du représentant légal de la société si vous exercez en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable (Annexe 2-2)
6. Attestation justifiant de votre souscription à une assurance de responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix (Annexe 3-1), ou attestation d'assurance mentionnant que vous êtes couvert par le même contrat que votre société (Annexe 3-2)
7. Règlement de la cotisation pour l'année en cours par chèque ou virement bancaire (Annexe 4 : barème des cotisations, bulletin de règlement et RIB)

**DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE  
AU TABLEAU DE L'ORDRE  
QUESTIONNAIRE PERSONNE PHYSIQUE**

Indiquer la région de votre inscription principale au Tableau de l'Ordre

- |                                                  |                                                     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE-RHÔNE-ALPES    | <input type="checkbox"/> ILE-DE-FRANCE              |
| <input type="checkbox"/> BOURGOGNE FRANCHE-COMTE | <input type="checkbox"/> LA REUNION                 |
| <input type="checkbox"/> BRETAGNE                | <input type="checkbox"/> MARTINIQUE                 |
| <input type="checkbox"/> CENTRE VAL DE LOIRE     | <input type="checkbox"/> MAYOTTE                    |
| <input type="checkbox"/> CORSE                   | <input type="checkbox"/> NORMANDIE                  |
| <input type="checkbox"/> GRAND EST               | <input type="checkbox"/> NOUVELLE-AQUITAINE         |
| <input type="checkbox"/> GUYANE                  | <input type="checkbox"/> OCCITANIE                  |
| <input type="checkbox"/> GUADELOUPE              | <input type="checkbox"/> PAYS DE LA LOIRE           |
| <input type="checkbox"/> HAUTS-DE-France         | <input type="checkbox"/> PROVENCE ALPES COTE D'AZUR |

Date de votre première inscription au Tableau de l'Ordre : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**I - ETAT CIVIL**

---

TITRE :  Monsieur  Madame

NOM PATRONYMIQUE : .....

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) : .....

NOM USUEL : .....

PRENOM : .....

**NAISSANCE**

DATE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

VILLE .....

DEPARTEMENT : .....

PAYS : .....

## II – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE INSCRIPTION PRINCIPALE

---

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Mobile : .....

Adresse mail : .....

Site internet : .....

### **Organigramme : effectif par catégorie suivant la convention collective**

(à compléter si vous exercez à titre individuel)

• 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 .....

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

- |                                                  |                                                     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE-RHÔNE-ALPES    | <input type="checkbox"/> ILE-DE-FRANCE              |
| <input type="checkbox"/> BOURGOGNE FRANCHE-COMTE | <input type="checkbox"/> LA REUNION                 |
| <input type="checkbox"/> BRETAGNE                | <input type="checkbox"/> MARTINIQUE                 |
| <input type="checkbox"/> CENTRE VAL DE LOIRE     | <input type="checkbox"/> MAYOTTE                    |
| <input type="checkbox"/> CORSE                   | <input type="checkbox"/> NORMANDIE                  |
| <input type="checkbox"/> GRAND EST               | <input type="checkbox"/> NOUVELLE-AQUITAINE         |
| <input type="checkbox"/> GUYANE                  | <input type="checkbox"/> OCCITANIE                  |
| <input type="checkbox"/> GUADELOUPE              | <input type="checkbox"/> PAYS DE LA LOIRE           |
| <input type="checkbox"/> HAUTS-DE-France         | <input type="checkbox"/> PROVENCE ALPES COTE D'AZUR |

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Mobile : .....

Adresse mail : .....

**Organigramme : effectif par catégorie suivant la convention collective**

(à compléter si vous exercez à titre individuel)

- 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 .....

**III - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE**

Vous allez exercer à titre indépendant (BNC) dans le ressort du CR Ile-de-France

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

Téléphone : ..... Mobile : .....

Adresse mail : .....

**Organigramme du bureau :**

NOM/PRENOM DES SALARIES	FONCTION	QUALIFICATION (Réf. Convention collective)

**1. Description de la procédure de direction et de surveillance par le membre de l'Ordre**

Qui assure le recrutement ?  
.....  
Qui assure la gestion financière et comptable ?  
.....  
Qui vise les travaux exécutés par les collaborateurs ?  
.....

**2. 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 .....

**Vous allez exercer en qualité de mandataire social d'une société inscrite ou en cours d'inscription au CR Ile-de-France**

Dénomination de la société :

.....

Sigle de la société : .....

Adresse : .....

.....

N° de Téléphone : ..... N° de Fax : .....

Adresse mail : .....

Site internet : .....

**Vous allez exercer en qualité de responsable d'un bureau secondaire d'une société inscrit ou en cours d'inscription au CR Ile-de-France**

Dénomination de la société :

.....

Sigle de la société : .....

Adresse : .....

.....

N° de Téléphone : ..... N° de Fax : .....

Adresse mail : .....

Site internet : .....

#### **IV - RENSEIGNEMENTS DIVERS**

---

Etes-vous inscrit sur une liste des Commissaires aux comptes ?  Oui  Non

Si oui, près de quelle Cour d'appel ?

.....

Depuis quelle date ?

.....

Etes-vous inscrit comme expert judiciaire

Oui  Non

Si oui, près de quelle juridiction ?

.....

Depuis quelle date ?

.....

#### 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	Dénomination sociale	Titres et droits de vote détenus		Date de début de détention des droits	Fonctions au sein de la société	exercice effectif dans cette société ?
			% titres	% droits de vote			

#### V - RESPONSABILITÉS OU ACTIVITÉS DIVERSES

Préciser 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

## VI. CONFORMITE AVEC LE RGPD

---

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription à l'Ordre et votre participation aux événements de l'Ordre (Assemblées Générales, Congrès etc...). Elles font l'objet d'un traitement automatisé et sont destinées au Conseil régional et au Conseil supérieur de l'Ordre des experts-comptables.

Vos données vont être conservées pendant toute la période de votre inscription au tableau et en archives définitives pour la réalisation de statistiques professionnelles dans le respect de l'article 29-7° du décret du 30 mars 2012.

Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit à la portabilité de vos données, de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition pour motifs légitimes, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre mort sous réserves des dispositions légales et réglementaires applicables. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Pour exercer vos droits, il vous suffit d'adresser un email à l'adresse suivante : [donneespersonnelles@oec-paris.fr](mailto:donneespersonnelles@oec-paris.fr)

Les données collectées pour la finalité initiale peuvent également être transmises aux partenaires commerciaux de l'Ordre aux fins de prospection commerciale.

Si vous autorisez la communication de vos données personnelles aux partenaires de l'Ordre à des fins de prospection commerciale, merci de cocher cette case :

---

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

Je m'engage à faire connaître au Conseil régional de l'Ordre 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 »)**



**Engagement de responsabilité ordinale**

A compléter si vous exercez à titre individuel (BNC)

*Modèle à reproduire sur le papier en-tête du cabinet*

Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse du bureau principal : .....

.....

sollicitant mon inscription secondaire au Tableau de l'Ordre de la région Ile-de-France, pour y exercer la profession d'expert-comptable à titre individuel (BNC) dans le cadre du bureau secondaire sis :

.....

.....

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 Ile-de-France.

Fait à : .....

Le .....

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

**Engagement de responsabilité ordinale**

A compléter si vous êtes dirigeant d'une société d'expertise comptable  
inscrite ou en cours d'inscription au CR de Paris

Ou

si vous êtes responsable d'un bureau secondaire  
d'une société d'expertise comptable inscrit ou en cours d'inscription au CR de Paris

*Modèle à reproduire sur le papier en-tête du cabinet*

Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénom : .....

m'engage à assurer personnellement une direction effective de la société/ du bureau secondaire de la  
société

.....

sis(e) .....

.....

qui me permette, compte tenu de la structure et des procédures internes de la société/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 Ile-de-France.

Fait à : .....

Le .....

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

**Attestation de l'employeur inscrit à l'Ordre**

Exercice en qualité de salarié d'un cabinet, d'une société d'expertise comptable,  
d'une succursale ou d'une AGC

*Modèle à reproduire sur le papier en-tête du cabinet*

Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénom : .....

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

Du cabinet d'expertise comptable/de la société d'expertise comptable/de la succursale/de l'AGC

.....  
.....

Inscrit(e) au Tableau de la région de : .....

Atteste que :

Mme/M. ....

Adresse professionnelle principale : .....

.....

Qui demande son inscription secondaire, exercera la profession d'expert-comptable en qualité de salarié(e)  
dudit cabinet/de ladite société/succursale/AGC.

Fait à : .....

Le .....

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

**Attestation du représentant légal de la société**

Exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable

*Modèle à reproduire sur le papier en-tête du cabinet*

Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénom : .....

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

De la société d'expertise comptable

.....  
.....

Inscrite au Tableau de la région de : .....

Atteste que :

Mme/M. ....

Adresse professionnelle principale : .....

.....

Qui demande son inscription secondaire, exercera la profession d'expert-comptable en qualité de salarié(e) de ladite société.

Fait à : .....

Le .....

***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 (BNC)*

Je soussigné : .....  
Qualité : .....  
Adresse : .....  
.....

Atteste au nom de la Compagnie d'assurances : .....  
que Mme / M. ....

qui sollicite l'inscription à l'Ordre des experts-comptables région Ile-de-France de son bureau secondaire sis :  
.....  
.....

Est couvert par le contrat d'assurance n°..... par lequel il bénéficiera des garanties conformes aux dispositions du décret n° 2012-432 du 30 mars 2012, pris en application de l'article 17 de l'Ordonnance n° 452138 du 19 septembre 1945

La prise d'effet de cette couverture sera la date de l'inscription à l'Ordre de la région Ile-de-France.

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 ou du courtier**

**ATTESTATION PROVISoire D'ASSURANCE  
RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE**

*Exercice de la profession en qualité de dirigeant, d'associé, de salarié*

Je soussigné : .....  
Qualité : .....  
Adresse : .....  
.....

Atteste au nom de la Compagnie d'assurances : .....

que Mme / M.  
.....

qui sollicite son inscription secondaire à l'Ordre des experts-comptables région Ile-de-France

est couvert(e) par le contrat d'assurance n° .....  
souscrit par la société d'expertise comptable / l'AGC, le cabinet .....  
.....

Adresse de la société / du cabinet : .....  
.....

par lequel il/elle bénéficiera des garanties conformes aux dispositions du décret n° 2012-432 du 30 mars 2012, pris en application de l'article 17 de l'Ordonnance n° 45-2138 du 19 septembre 1945.

La prise d'effet de cette couverture sera la date de l'inscription à l'Ordre des experts-comptables région Ile-de-France

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 ou du courtier**

## BAREME DES COTISATIONS 2021

Vous trouverez ci-dessous le montant dû pour une inscription secondaire au Conseil régional Ile-de-France.

Par ailleurs, en sa séance du 27 janvier 2012, l'Ordre de la région Ile-de-France a décidé d'exonérer du règlement des cotisations de l'année en cours, les personnes physiques et morales qui seront inscrites au Tableau lors de la dernière session du Conseil de l'année.

Le bordereau de cotisations 2021 vous sera adressé après votre inscription à l'Ordre.

PERSONNE PHYSIQUE	MONTANT DE LA COTISATION (hors cotisation proportionnelle)
Inscription secondaire	648,00 €

-----  
**INSCRIPTION SECONDAIRE PERSONNE PHYSIQUE**  
**BULLETIN DE REGLEMENT**

NOM/PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

N° INSCRIPTION : \_\_\_\_\_

REGLEMENT PAR

CHEQUE

VIREMENT BANCAIRE (joindre copie de l'avis à ce bulletin)

**A RETOURNER A**

Ordre des Experts-Comptables  
 Service Cotisations  
 50 rue de Londres  
 75378 PARIS CEDEX 08

	<b>RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE</b>			
<p>Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, prélèvements, etc...). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.</p>				
<b>IDENTIFIANT NATIONAL BANCAIRE</b>				
<b>Banque</b>	<b>Indicatif</b>	<b>Numéro de compte</b>	<b>Clé RIB</b>	<b>Domiciliation</b>
30002	00453	0000009501L	77	PARIS ANJOU
<b>IDENTIFIANT INTERNATIONAL BANCAIRE</b>				
<b>IBAN</b>	<b>FR19 3000 2004 5300 0000 9501 L77</b>			
<b>Code B.I.C.</b>	<b>CRLYFRPP</b>			
<b>TITULAIRE DU COMPTE :</b>				
<b>CONSEIL REGIONAL ORDRE EXPERT COMPTABLE 50 RUE DE LONDRES 75008 PARIS</b>				