



**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<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 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<sup>ème</sup> Bureau** : <sup>1</sup>

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 .....

---

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



**Organigramme du bureau :**

<b>NOM DES SALARIES</b>	<b>FONCTION<sup>2</sup></b>	<b>QUALIFICATION</b> (Réf. Convention collective)

**1. Jours et heures d'ouverture et de réception de la clientèle :**

Le ..... de ..... à .....  
.....

---

<sup>2</sup> Assistant – Secrétaire – Informaticien ..... – Le cas échéant, préciser la qualité de membre de l'Ordre

## 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. 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 .....

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### 3. 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 PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE**

1. Copie du bail des locaux
2. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe 1)
3. Attestation justifiant que ce bureau est couvert par votre contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle ;
4. Un droit d'entrée de .... € sera à verser dès réception de la notification d'inscription (sur facture adressée par le Conseil régional)

**Annexe 1**  
**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 Guyane  
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 de (*région du cabinet secondaire*) .....

.....

A

Le

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

**Annexe 1**  
**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)* .....

.....

A

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)
  - CAVEC
  - assurance responsabilité civile professionnelle

- SUR LA REMUNERATION**
- Cotisations identiques à celles des salariés

### **ACTIVITE MIXTE : PARTIE ACTIVITE LIBERALE – PARTIE ACTIVITE SALARIEE DE SOCIETE D'EXPERTISE COMPTABLE**

- AU TITRE DE L'ACTIVITE LIBERALE**
- 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 REMUNERATION SALARIALE**
- Cotisations identiques à celles des salariés

Les cotisations professionnelles indiquées ci -avant et pour chaque régime d'activité sont obligatoires.

#### **Adresses**

- CAVEC - 21 Rue de Berri, 75403 Paris cedex 08 – Tel : 01.44.95.68.12

#### **Assurance responsabilité civile professionnelle :**

- toute compagnie d'assurance de votre choix
- contrat groupe de la profession souscrit auprès de **COVEA RISKS** – Courtier à contacter : **VERSPIEREN** – Département des Professionnels du chiffre – 57 Rue de Villiers - 92 200 Neuilly sur Seine – Tel 01.49.64.12.02 - Fax : 01.49.64.12.17
- site : <http://www.verspieren.com> - e-mail : [dpc@verspieren.com](mailto:dpc@verspieren.com)