

2. Bureaux secondaires inscrits ou non inscrits à la date de la demande ⁵
(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

⁵ A dupliquer si la société possède plus de deux bureaux secondaires

3. ORGANIGRAMME DE CE BUREAU :

NOM DES SALARIES	FONCTION ⁸	QUALIFICATION (Réf. Convention collective)

4. Jours et heures d’ouverture et de réception de la clientèle :

Le de à.....
 Le de à.....

5. 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 ?)

.....

⁷ Gérant, président du Conseil d’administration, Président du Directoire

⁸ Assistant – Secrétaire – Informaticien – Le cas échéant, préciser la qualité de membre de l’Ordre

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

Je m'engage à faire connaître au Conseil régional, dans un délai maximum d'un mois à compter de sa survenance, tout changement relatif à la situation de la société, en joignant copie certifiée conforme des documents sociaux le mentionnant ainsi que l'extrait K bis qui en fait état.

Fait à : Le

NOM, Prénom, Qualité
Signature

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « certifié exact »)

LISTE DES PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

1. Un extrait K bis de la société à jour à la date de la demande
2. Attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre (à demander au Conseil régional du siège social)
3. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe n°1)
4. Copie du bail professionnel ou justificatif de la propriété des locaux et de la possibilité d'y exercer la profession
5. Attestation justifiant de la souscription à une assurance de responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix couvrant les activités du bureau secondaire dont l'inscription est demandée
6. 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

Modèle à reproduire sur le papier en-tête du cabinet

Je soussigné

NOM :

PRENOMS :

Expert-comptable inscrit à titre principal au Tableau du Conseil régional de

.....

Déclare être responsable du bureau secondaire ouvert par (raison sociale et adresse du siège social) :

.....

.....

.....

.....

à (adresse complète du bureau secondaire) :

.....

.....

.....

Je 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'en assurer la maîtrise des dossiers et 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 »

OBLIGATIONS FINANCIERES DU FUTUR 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 rémunération**
- Cotisations identiques à celles des salariés

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

- 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.

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