

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

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 PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

Dans tous les cas :

1. Deux photos d'identité dont une collée dans le cadre photo du présent questionnaire
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 1-1) OU attestation du représentant légal de la société, en cas d'exercice en qualité d'associé d'une société d'expertise comptable (Annexe 1-2) OU Justificatif établissant votre qualité de mandataire social d'une société membre de l'Ordre
6. 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 ;
7. Un droit d'entrée de ... € sera à verser dès réception de la notification d'inscription (sur facture adressée par le Conseil régional)

S'agissant d'une inscription pour l'ouverture d'un bureau secondaire, joindre également :

1. Fiche de renseignements sur l'organisation du cabinet et du bureau concerné (Annexe 2)
2. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe 3)

Annexe 1
Modèle n° 1 – 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 Guyane

exercera la profession d'expert-comptable en qualité de salarié(e) de ladite société / dudit cabinet.

Fait à

Le

Signature

Annexe 1

Modèle n° 2 – 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 Guyane

exercera la profession d'expert-comptable en qualité d'associé(e) de ladite société.

Fait à

Le

Signature

Annexe 2
**QUESTIONNAIRE à remplir pour l'inscription au Tableau
d'un BUREAU SECONDAIRE
Personne physique**

Première partie – Organisation générale 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

Seconde partie – Cabinet secondaire pour lequel l’inscription est demandée

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.

Fait à : Le

NOM – Prénom – Qualité

Signature

Annexe 3
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 mon inscription secondaire au Tableau de l'Ordre de la région de Guyane pour y exercer la profession d'Expert-Comptable à titre indépendant dans le cadre 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*)

.....

A

Le

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

Annexe 3

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 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.

Adresse des organismes ci -avant :

- 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