

**QUESTIONNAIRE PERSONNE PHYSIQUE DOSSIER A ENVOYER AU
CONSEIL RÉGIONAL DE DESTINATION**

Indiquer le Conseil régional dans lequel vous êtes actuellement inscrit à titre principal¹ :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auvergne Rhône-Alpes | <input type="checkbox"/> Ile-De-France |
| <input type="checkbox"/> Bourgogne - Franche-Comté | <input type="checkbox"/> Martinique |
| <input type="checkbox"/> Bretagne | <input type="checkbox"/> Mayotte |
| <input type="checkbox"/> Centre - Val de Loire | <input type="checkbox"/> Nouvelle Aquitaine |
| <input type="checkbox"/> Corse | <input type="checkbox"/> Normandie |
| <input type="checkbox"/> Grand Est | <input type="checkbox"/> Occitanie |
| <input type="checkbox"/> Guadeloupe | <input type="checkbox"/> Pays de Loire |
| <input type="checkbox"/> Guyane | <input type="checkbox"/> Provence - Alpes - Côte d'Azur |
| <input type="checkbox"/> Hauts de France | <input type="checkbox"/> Réunion |

1 ETAT CIVIL

Titre Madame Monsieur

Nom patronymique

Nom marital (pour les femmes mariées)

Nom usuel²

Prénom(s)

Date de naissance

Ville et département :

Pays :

Numéro SUPRA :

NB : Les informations remplies ci-dessus relatives à l'état civil doivent être exactement celles qui figurent sur la carte nationale d'identité ou le passeport dont vous joignez une copie au présent questionnaire.

Etes-vous inscrit(e) sur une liste des Commissaires aux comptes ? oui non

Si oui, sur quelle liste ?

Depuis quelle date ?

Etes-vous inscrit(e) comme expert judiciaire ? oui non

¹ Cochez la case correspondante

² 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.

Si oui, près de quelle(s) juridiction(s) ?
.....

Depuis quelle date ?
.....

Domicile personnel

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

PAYS :

TELEPHONE :

TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

Dernier domicile fiscal (s'il est différent du domicile personnel)

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

PAYS :

2 RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS DANS LE RESSORT DU CONSEIL DESTINATAIRE**2.1 Vous allez exercer la profession d'expert-comptable en qualité de salarié ou d'associé d'une structure d'exercice inscrite à l'Ordre**

- En qualité d'associé : (oui ou non)
- En qualité de salarié : oui ou non).....

Exercez-vous actuellement au sein de cette société : oui non

NOM OU DENOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTURE D'EXERCICE (société, succursale, AGC) :

SIGLE DE LA STRUCTURE³ :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

NUMERO SIREN/SIRET :

Représentant légal de cet établissement :

NOM :

PRENOM :

2.2 Vous allez exercer la profession d'expert-comptable en qualité de salarié d'une personne physique membre de l'Ordre

NOM :

PRENOM :

³ Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

ADRESSE :

CODE POSTAL ET VILLE :

TELEPHONE :

ADRESSE ELECTRONIQUE :

NUMERO SIREN/SIRET :

Etes-vous déjà salarié de cette personne physique membre de l'ordre : (oui ou non)

2.3 Vous allez exercer la profession d'expert-comptable sous le régime BNC

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

.....
.....

CODE POSTAL ET VILLE:

TELEPHONE :

ADRESSE ELECTRONIQUE :

ADRESSE SITE INTERNET :

NUMERO SIREN/SIRET :

NUMERO D'INSCRIPTION AU RCS :

NUMERO DE TVA INTRACOMMUNAUTAIRE :

2.4 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 (*indiquer aux points 1, 2 ou 3 ci-dessus l'adresse du lieu où vous allez exercer*)
- Adresse personnelle (*i.e. domicile*)

3 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^e 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'oppositions 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 : oecpaca@oecpaca.org

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 :

4 DROITS SOCIAUX DETENUS A CE JOUR DANS UNE SOCIETE MEMBRE DE L'ORDRE

Région ordinale du siège sociale	Raison sociale	N° d'inscription à l'Ordre	Droits sociaux détenus (en Nbre et en)	Date de début de détention des droits	Fonction(s) au sein de la société	Exercice effectif dans la société (Oui ou Non)

5 RESPONSABILITES OU ACTIVITES 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...)

Nom de l'organisme	Fonction(s)	Date de prise de fonction(s)	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

Signature (précédée de la mention manuscrite « certifié exact »)

Réserve au Conseil régional

Code du dossier :

Date d'envoi du dossier par le Conseil régional d'origine :

Date de réception du dossier par le Conseil régional destinataire :

Inscription : session du

Radiation : session du

Observations :

.....

.....

LISTE DES PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

- 1) une photo d'identité de format standard (3 x 4 cm).
- 2) Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité, du passeport ou de la carte de séjour.
- 3) 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 (activité sous le régime BNC).
- 4) Attestation du représentant légal de la société (cf. [Annexe 5](#)).
- 5) Attestation justifiant de votre souscription à une assurance 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 (cette attestation n'est pas à fournir si vous exercez déjà dans la société).
- 6) Cotisation fixe de l'exercice, il convient d'être à jour de vos cotisations ordinaires avant envoi au conseil destinataire
 - Tarif cotisation fixe : 750€

Règlement par chèque à l'ordre de : CROEC - PACA ou par virement en précisant « cotisation + nom et prénom complets » (ci-après le RIB). **Envoi du dossier par courriel g.rathelot@oecpaca.org**

Prendre contact avec le service du Tableau de votre Croec destinataire pour le planning des transferts, votre dossier doit impérativement être adressé complet par mail.

Pour toutes précisions, contact, ou envoi des documents :

Mme Gaëlle RATHELOT au 04 91 16 04 25 (ligne directe)

Par mail : g.rathelot@oecpaca.org

Crédit Mutuel RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque 10278	Guichet 07985	N° compte 00010001645	Clé 63	Devise EUR
------------------------	-------------------------	---------------------------------	------------------	----------------------

CCM MARSEILLE LA PHOCEENNE

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number) FR76 1027 8079 8500 0100 0164 563	BIC (Bank Identifier Code) CMCIFR2A
--	---

BIC (Bank Identifier Code)

CMCIFR2A

Domiciliation

CCM MARSEILLE LA PHOCEENNE
26 RUE MONTAIGNE
13012 MARSEILLE

Titulaire du compte (Account Owner)

CONSEIL REG ORDRE EXPERT-COMPTA
65 AVENUE JULES CANTINI
TOUR MEDITERRANEE
13298 MARSEILLE CEDEX 20

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

ANNEXE 5

ATTESTATION DU REPRESENTANT LEGAL DE LA SOCIETE

(Modèle à reproduire sur du papier à en-tête)

Je soussigné(e),

(Nom, prénom)

agissant en qualité de (fonction)

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

inscrit(e) au Tableau de l'Ordre de la région de

atteste que :

Madame / Monsieur (nom et prénom du candidat)

.....
demeurant à (adresse du domicile)

.....
qui demande son inscription au Tableau de l'Ordre des experts-comptables de

exercera la profession d'expert-comptable au nom et pour le compte de notre société / de mon cabinet / de notre succursale / de notre AGC⁴

Fait à Le

Signature

⁴ Conserver uniquement la mention utile