Cadre réservé à l'ARAPLT

Reçu le..... **N° d'Adhérent : .....**

L'adhésion ne sera effective qu'avec l'accompagnement du règlement de la cotisation annuelle de 175 euros TTC pour l'année 2012.

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) ☐ Mme ☐ Melle ☐ Mr .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Profession : .....

pour l'activité médicale : Secteur C1 ☐ C2 ☐ C3 ☐

pour les activités entrant dans le champs d'application de la TVA :

- Régime de TVA : HT ☐ TTC ☐ Partielle ☐ Franchise en base ☐
- Fréquence des déclarations : annuelles ☐ trimestrielles ☐ mensuelles ☐

Adresse professionnelle : .....

.....

Adresse privée : .....

.....

Tél : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| **Fax :** |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| **Port :** |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

E-Mail : .....@.....

N° SIRET : |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__||__|__|__|__|__| **Code NAF-APE :** |__|__|__|__|__|

Date de début d'activité : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Année d'adhésion à l'ARAPLT:** |__|__|__|__|

Régime fiscal : ☐ Déclaration contrôlée
☐ autre **: .....**

Mode d'exercice :
☐ Seul.
☐ Collaborateur.
☐ Remplaçant.
☐ Membre d'une structure d'exercice en commun déclarant des revenus propres nécessitant une adhésion personnelle.

Je souhaite recevoir la documentation Flash contact : ☐ à mon adresse professionnelle
☐ à mon adresse privée
☐ par e-mail
☐ consultation sur le site de l'UNASA
☐ ne rien recevoir

Eventuellement :

Nom du comptable, expert comptable : ……

Adresse : ……

……...

Tél : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| **Fax :** |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

E-Mail : .....@.....

N° SIRET du cabinet comptable ou conseil (obligatoire): |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__||__|__|__|__|__|

Après avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et des Statuts de l'ARAPLT, concernant l'admission et les obligations des membres adhérents, je déclare adhérer à cette Association de Gestion et m'engage à respecter les obligations énumérées.

Je certifie : ☐ **N'avoir jamais été membre d'une association agréée.**

☐ **Reprendre une activité libérale après cessation.**

☐ **Avoir été membre, auparavant, de l'AGA suivante** (le certificat de radiation de l'ancienne association vous sera impérativement demandé)

Nom d'ancienne AGA : ……...

Adresse : ……

……...

Fait à ……, le ……

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé") **:**

IMPORTANT : *Le bulletin d'adhésion doit nous parvenir signé avant le 31 Mai ou dans les 5 premiers mois du début d'activité afin de bénéficier des avantages pour les revenus de la dite année. Ce délai est ramené au 31 Décembre de l'année précédente pour les professionnels ayant déjà été adhérents d'une Association de Gestion (sauf en cas de cessation d'activité).*
En cas de changement d'Association, l'adhérent doit s'assurer qu'il n'y a pas d'interruption d'adhésion.

20, rue Fernand Léger
37000 TOURS

Tél : 02 47 36 47 48
Fax : 02 47 36 47 44
E-mail : araplt@araplt37.asso.fr
Site internet : www.araplt37.asso.fr

SIRET : 316 943 398 00024 - APE : 9499Z