



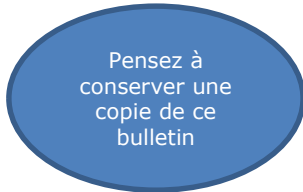
# Bulletin d'adhésion

Adhérent n° | | | | | | | |  
Cadre réservé à OGA FRANCE PARTENAIRE

A retourner avec le règlement de la cotisation\* à :

OGA FRANCE PARTENAIRE  
95 boulevard de Sébastopol  
BP 66205  
75062 Paris Cedex 02

E-mail : [contact@oga-francepartenaire.fr](mailto:contact@oga-francepartenaire.fr)  
Tél : 01 44 50 51 51 – Fax : 01.44.50.51.50



## ☐ Première adhésion

Adhésion dans les 5 premiers mois de votre exercice comptable.

## ☐ Réinscription

Adhésion avant la date d'ouverture de l'exercice comptable concerné.

## ☐ Changement d'Organisme de Gestion Agrée

Adhésion dans les 30 jours de votre démission.

Date de radiation : | | | | | | | | | |

Motif : .....

### POUR LES ENTREPRISES INDIVIDUELLES

Madame  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entreprise individuelle  
 EIRL (Entrepreneur Individuel à Responsabilité Limitée)

Enseigne : \_\_\_\_\_

### POUR LES SOCIETES

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Forme juridique : \_\_\_\_\_

Nombre d'associés : | | | |

Nom du gérant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Madame  Monsieur

Date de naissance du gérant : | | | | | | | | | |

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Activité principale : \_\_\_\_\_

Code NAF : | | | | | |

N° Siret : | | | | | | | | | | | | | | | |

Si activité médicale, secteur :  C1  C2  C3  
Si activité biologiste :  Pharmacien  Médecin

Statut :  Installé  Remplaçant  Collaborateur  
Membre d'une :  SCM  SDF  SISA  CPF

Date de début d'activité : | | | | | | | | | | Adhésion pour l'exercice : | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | Date de début Date de clôture définitive

Régime d'imposition :  IR  IS Catégorie d'imposition :  BIC  BA  BNC

Régime fiscal :

Activité soumise à TVA :  Oui (CA12)  Oui (CA3)  Non

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

Tél. : | | | | | | | | | | Fax : | | | | | | | | | | E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance par défaut :  Adresse professionnelle  Adresse personnelle

Exonération fiscale pratiquée :  Zone Franche Urbaine (ZFU)  Zone Rurale Revitalisation (ZRR) date d'entrée : | | | | | | | |

Comptabilité tenue par l'adhérent  Oui, précisez le logiciel : \_\_\_\_\_  Non précisez ci-dessous les  
Déclarations de TVA établies par l'adhérent  Oui  Non coordonnées du cabinet comptable

### CABINET COMPTABLE EN CHARGE DE VOTRE DECLARATION

Nom du cabinet comptable : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'expert-comptable : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet comptable : \_\_\_\_\_

Tél. : | | | | | | | | | | Fax : | | | | | | | | | | N° Siret : | | | | | | | | | |

E-mail : \_\_\_\_\_

Télétransmission de la déclaration de résultat en EDI-TDFC assurée par :

**(\*) cotisation : voir au verso du bulletin**

*Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à respecter les obligations des adhérents figurant au verso.*

Fait à

Signature Signature électronique

précédée de la mention "lu et approuvé"

# Engagements de l'adhérent

A retourner à :

**OGA FRANCE PARTENAIRE**  
95 boulevard de Sébastopol  
BP 66205  
75062 Paris Cedex 02

E-mail : [contact@oga-francepartenaire.fr](mailto:contact@oga-francepartenaire.fr)  
Tél : 01 44 50 51 51 – Fax : 01.44.50.51.50

Votre adhésion à OGA FRANCE PARTENAIRE entraîne le respect des obligations suivantes :

- Nous informer de tout changement intervenu dans votre situation (changement de nom ou de raison sociale, d'adresse, de téléphone, nature de l'activité exercée, mode d'exercice de la profession, cessation d'activité, démission, changement d'expert-comptable, changement de SIE...)
- Produire tous les éléments nécessaires à l'établissement d'une comptabilité sincère de votre exploitation.
- Nous communiquer tous renseignements et documents utiles dans le cadre de nos missions de contrôles, en application des textes en vigueur.
- Nous communiquer dans les 3 mois qui suivent la clôture de votre exercice une copie de votre déclaration de résultat (et/ou déclaration 2047 si revenus encaissés à l'étranger) avec les annexes demandées, vos déclarations de TVA, CVAE s'il y a lieu, et le cas échéant les déclarations rectificatives qui seront établies.
- Nous prévenir de toute vérification fiscale portant sur les exercices couverts par l'adhésion, et nous communiquer la notification de redressement (ou d'absence de redressement) accompagnée de vos réponses à l'Administration Fiscale.
- Nous autoriser à communiquer à l'Administration fiscale dans le cadre de l'assistance qu'elle nous apporte les documents mentionnés ci-dessus, à l'exception des documents fournissant une vision exhaustive des opérations comptables de l'entreprise.
- Vous conformer aux recommandations diffusées par l'association et aux obligations imposées en général aux adhérents des OGA.
- Accepter la procédure de télétransmission de vos déclarations de résultats et annexes (EDI-TDFC) aux services fiscaux et donner mandat à OGA FRANCE PARTENAIRE, si vous ne confiez pas cette mission à un tiers ou ne procédez pas vous-même à cette dématérialisation.
- Informer votre clientèle de votre appartenance à un Organisme Mixte de Gestion Agréé en affichant dans vos locaux et en portant sur vos factures la mention suivante : « Le règlement des sommes dues par cartes bancaires ou par chèques libellés à mon nom est accepté en ma qualité de membre d'un Organisme Mixte de Gestion Agréé par l'administration fiscale ».
- Régler votre cotisation dès le début de l'année civile. La cotisation est due, sans prorata possible, quelle que soit la date d'adhésion ou de radiation, quels que soient la durée de l'exercice et le montant du résultat. Tout adhérent démissionnaire en cours d'exercice, non à jour de sa cotisation est réputé avoir démissionné rétroactivement au premier jour de l'exercice pour lequel la cotisation n'a pas été réglée.

Les obligations des adhérents sont stipulées dans les statuts de l'OGA et vous pouvez les consulter à son siège.

## COTISATION ANNUELLE

**Première année d'activité : 190 € HT (228 € TTC)**

### Catégorie d'imposition BIC / BA

#### **METROPOLE**

- Cotisation : 260€ HT (soit 312 € TTC)

#### **OUTRE-MER**

- Guadeloupe, Martinique, Réunion :  
260 € HT (soit 282,10 € TTC)
- Guyane : 260 €

### Catégorie d'imposition BNC

#### **METROPOLE**

- Cotisation : 225 € HT (soit 270 € TTC)

#### **OUTRE-MER**

- Guadeloupe, Martinique, Réunion :  
225 € HT (soit 244,12 € TTC)
- Guyane : 225 €

### Régime MICRO

#### **METROPOLE**

- Cotisation : 30 € HT (soit 36 € TTC)

#### **OUTRE-MER**

- Guadeloupe, Martinique, Réunion :  
30 € HT (soit 32,55 € TTC)
- Guyane : 30 €

## SOUTIEN AUX ENTREPRISES EN DIFFICULTES

Si vous rencontrez des difficultés de paiement de vos impôts et taxes, nous vous invitons à contacter le service des impôts dont vous dépendez. En cas de difficultés particulières, nous pouvons vous apporter une information sur les dispositifs d'aide aux entreprises en difficultés et sur les démarches de mise en conformité à effectuer. En savoir plus sur <http://www.economie.gouv.fr/dgfip/mission-soutien-aux-entreprises>.

## R.G.P.D

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement informatique et seront conservées pendant toute la durée de votre adhésion. Elles sont destinées à un usage interne et pour répondre à vos obligations fiscales.

Les données personnelles de nos adhérents et membres correspondants sont conservées conformément à la liste des diligences de la DGFiP dans le cadre des dispositions figurant aux articles 1649 quater C à quater E bis du CGI et aux articles 371 à 371 LE de l'annexe II du CGI ainsi qu'aux engagements mentionnés sur le bulletin d'adhésion.

Conformément à la réglementation sur la protection des données privées, dite R.G.P.D., vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant et vous pouvez les faire rectifier en nous contactant.



## MANDAT POUR LA DEMATERIALISATION

Déclaration à transmettre à OGA FRANCE PARTENAIRE pour l'application des articles 1649 quater E et 1649 quater H du CGI.

Je soussigné(e), .....  
agissant en qualité de .....  
pour l'entreprise .....

adhérente à l'Organisme Mixte de Gestion Agréé OGA FRANCE PARTENAIRE,

déclare que l'entreprise identifiée ci-dessus a choisi de télétransmettre ses déclarations de résultats ainsi que tous documents annexes les accompagnant (y compris les informations complémentaires) à la DGFIP par l'intermédiaire de OGA FRANCE PARTENAIRE ou par l'intermédiaire du partenaire EDI choisi par ce dernier.

Dès lors, le présent document vaut mandat de l'entreprise à l'Organisme Mixte de Gestion Agréé pour accomplir en son nom toutes formalités nécessaires à sa souscription à la procédure TDFC.

Le ..... à .....

***Signature électronique***



## Mandat de prélèvement SEPA

### Débiteur

Enseigne/ Raison sociale : .....

Nom et prénom (si entreprise individuelle) : .....

#### **Adresse :**

N° et voie .....

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Ville : .....

#### **Coordonnées bancaires :**

IBAN :

BIC :

Vos données à caractère personnel figurant ci-dessus sont nécessaires au traitement de votre demande. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression.

### Prélèvement

**CONTRAT CONCERNE** : adhésion à OGA FRANCE PARTENAIRE - règlement des cotisations annuelles

**N° de Référence Unique du Mandat (RUM)** : | A | D | | | | | | | | | |

**Type de paiement** : prélèvement récurrent (répétitif) : x

### Créancier

Nom du créancier : OGA FRANCE PARTENAIRE

Identifiant du créancier : ICS : FR78ZZZ647148

Adresse du créancier : 95 boulevard de Sébastopol – BP 66205 - 75062 Paris Cedex 02

**En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGA FRANCE PARTENAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGA FRANCE PARTENAIRE.**

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

A

*Signature électronique*

Le.....

**N.B : il est impératif de joindre votre RIB à ce document.**