

Réservé au Conseil régional

Code du dossier : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de la demande : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Inscription : session du | | | | | | | | | |
 (dossier complet)

DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE AU TABLEAU DE L'ORDRE

QUESTIONNAIRE PERSONNE PHYSIQUE

Indiquer la région de l'inscription principale au Tableau de l'Ordre ou, le cas échéant, la région dans laquelle cette première inscription a été transférée¹ :

- | | |
|--|---|
| <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 |



Date de la première inscription : | | | | | | | | | | | | | | |

1. ETAT CIVIL

Titre Madame Monsieur

Nom patronymique

Nom marital (pour les femmes mariées)

Nom usuel²

Prénom(s)

Naissance

DATE : | | | | | | | | | | | | | | | |

VILLE :

DEPARTEMENT : | | | | |

PAYS :

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.

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.

Dans quelle(s) autre(s) région(s) êtes-vous déjà inscrit ?

- | | |
|--|---|
| <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 |

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

Si oui, près de quelle(s) juridiction(s) ? Depuis quelle date ?
.....|_|_|_|_|_|_|_|
.....|_|_|_|_|_|_|_|

Domicile personnel

.....
.....
CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE :
PAYS :
TELEPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| FAX : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
TELEPHONE PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
ADRESSE E-MAIL :

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

.....
.....
CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|
VILLE :
PAYS :

2. RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Vous allez exercer la profession d'expert-comptable en qualité de salarié ou d'associé d'une société d'expertise comptable déjà constituée ou en cours de création

- En qualité d'associé : oui non
En qualité de salarié : oui non

NOM OU DENOMINATION SOCIALE DE LA SOCIETE / SUCCURSALE :
.....
.....

SIGLE DE LA SOCIETE ³ / SUCCURSALE :

.....

ADRESSE :

.....

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE :

TELEPHONE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| FAX : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO SIREN/SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Responsable ordinal de cet établissement :

NOM :

PRENOM :

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

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|

VILLE :

TELEPHONE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| FAX : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO SIREN/SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Vous allez exercer la profession d'expert-comptable en qualité de salarié d'une AGC

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|

VILLE :

TELEPHONE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| FAX : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO SIREN/SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

³ Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

Nombre de dossiers suivis par ce bureau :

Missions de tenue complète : |_|_|_|_|_|

Missions d'établissement des comptes annuels : |_|_|_|_|_|

Missions de révision comptable : |_|_|_|_|_|

Autres missions (*à préciser ci-dessous*) : |_|_|_|_|_|

.....
.....

TOTAL |_|_|_|_|_|

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 de l'établissement 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 : juridique@oecgrandest.fr

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 social	Raison sociale	Numéro d'inscription à l'Ordre	Droits sociaux détenus		Date de début de détention des droits	Fonction(s) au sein de la société	Exercice effectif dans la société	
			Nombre	%			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
							<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
							<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
							<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
							<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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 »)

LISTE DES PIÈCES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

- 1) Deux photos d'identité de format standard (3 x 4 cm).
- 2) Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité, du passeport ou du titre 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 (uniquement pour les experts-comptables indépendants exerçant sous le régime BNC).
- 4) Attestation de l'employeur inscrit à l'Ordre ou du représentant légal de la société (cf. [Annexe 4.1](#)).
- 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.
- 6) 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).
- 7) Engagement de responsabilité ordinale ([Annexe 4.2](#) et [Annexe 4.3](#)).

ANNEXE 4.1

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR INSCRIT A L'ORDRE OU 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

ANNEXE 4.2

ENGAGEMENT DE RESPONSABILITE ORDINALE

Responsabilité ordinale assurée par le possesseur du cabinet lui-même

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

Je soussigné(e),

(Nom, prénom)

(Adresse)

.....

.....

Sollicitant mon inscription secondaire au Tableau de l'Ordre des experts-comptables 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) :

.....

Fait à

Le .../.../.....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

ANNEXE 4.3

ENGAGEMENT DE RESPONSABILITE ORDINALE

Responsabilité ordinale assurée par un membre de l'Ordre salarié du possesseur du bureau

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

Je soussigné(e) (le membre de l'Ordre salarié),

(Nom, prénom)

expert-comptable salarié du cabinet

(Adresse principale) :

.....

m'engage à assurer personnellement une direction effective du bureau secondaire de ce cabinet sis :

(Adresse) :

.....

.....

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) :

.....

Fait à Le .../.../.....

Signature du membre de l'Ordre salarié (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Signature du membre possesseur du bureau (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)