



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-COMTE | <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 COTE D'AZUR |
| <input type="checkbox"/> HAUTS DE FRANCE | <input type="checkbox"/> REUNION |

Photo

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

I - ÉTAT CIVIL

TITRE : Monsieur Madame

NOM PATRONYMIQUE :

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) :

NOM USUEL² :

PRENOMS :

NAISSANCE

DATE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

DEPARTEMENT : |_|_| VILLE :

PAYS : NATIONALITE :

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(e) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE RHÔNE ALPES | <input type="checkbox"/> ILE-DE-FRANCE |
| <input type="checkbox"/> BOURGOGNE - FRANCHE-COMTE | <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 COTE D'AZUR |
| <input type="checkbox"/> HAUTS DE FRANCE | <input type="checkbox"/> REUNION |

Etes-vous inscrit(e) sur une liste des Commissaires aux Comptes ? Oui Non

Si oui, près de quelle(s) Cour(s) d'appel ?	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

ADRESSE :

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

TÉL : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| FAX : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE E-MAIL :

DERNIER DOMICILE FISCAL (s'il est différent du domicile personnel)

ADRESSE :

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

PAYS :

II - RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

1. VOUS ALLEZ EXERCER LA PROFESSION D'EXPERT-COMPTABLE DANS UNE SOCIÉTÉ D'EXPERTISE COMPTABLE, UNE SUCCURSALE OU UNE AGC, DEJA CONSTITUÉE OU EN COURS DE CRÉATION

En qualité d'associé :
 Oui Non

En qualité de salarié :
 Oui Non

NOM OU DÉNOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTURE :

.....

SIGLE DE LA STRUCTURE ³ :

ADRESSE :

.....

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

TÉL : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| FAX : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RESPONSABLE ORDINAL DE CET ÉTABLISSEMENT :

NOM / PRENOM :

2. 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 :

TÉL : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| FAX : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

³ Sigle mentionné dans les statuts de la société uniquement

3. VOUS ALLEZ EXERCER LA PROFESSION D'EXPERT-COMPTABLE SOUS LE REGIME BNC

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

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

TÉL : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| FAX : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE E-MAIL :

ADRESSE SITE INTERNET :

NUMERO SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NUMERO D'INSCRIPTION AU RCS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NUMERO DE TVA INTRACOMMUNAUTAIRE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si vous n'êtes pas le Responsable Ordinal de ce bureau, qui en assumera la responsabilité ?

NOM / PRENOM :

Organigramme du bureau :

NOM / PRÉNOM DES SALARIÉS	FONCTION	QUALIFICATION (référence à la convention collective)

Description de la procédure de direction et de surveillance par le membre de l'Ordre

Qui assure le recrutement ?

NOM / PRENOM :

Qui assure la gestion financière et comptable ?

NOM / PRENOM :

Qui vise les travaux exécutés par les collaborateurs ?

NOM / PRENOM :

Mention de l'existence de ce bureau dans les polices d'assurance RCP Oui Non

Nombre de dossiers suivis par ce bureau

Missions de tenue complète	_ _ _ _
Missions d'établissement des comptes annuels	_ _ _ _
Missions de révision comptable	_ _ _ _
Autres missions (<i>à préciser ci-dessous</i>)	_ _ _ _
.....	
.....	
.....	
.....	
TOTAL	_ _ _ _

COMBIEN DE TEMPS ESTIMEZ-VOUS CONSACRER A CETTE INSCRIPTION SECONDAIRE ? %

III - 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'opposition 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 : mmorellet@bfc.experts-comptables.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 :

IV - DROITS SOCIAUX DETENUS A CE JOUR DANS UNE SOCIÉTÉ MEMBRE DE L'ORDRE

REGION ORDINALE DU SIEGE SOCIAL	RAISON SOCIALE et N° D'INSCRIPTION A L'ORDRE	DROITS SOCIAUX DETENUS		DATE DE DEBUT DE DETENTION DES DROITS	FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIETE	EXERCICE EFFECTIF DANS LA SOCIETE
		NOMBRE	%			OUI / NON

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,...)

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")

VII. COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS PROFESSIONNELLES

Le Règlement Intérieur de l'Ordre des Experts-Comptables, agréé par arrêté du 19 janvier 2022, dispose dans son Chapitre II, Section V, Article 224 :

« Les Membres de l'Ordre, Personnes Physiques et Morales (...) acquittent, dans chacune des régions où ils sont inscrits, une cotisation professionnelle dont les termes sont les suivants :

1° Un droit d'entrée fixe, payable au moment de l'inscription au Tableau dans la région concernée (...).

2° Une cotisation annuelle fixe pour les Personnes Physiques (...).

(...) ».

- Notre Ordre régional a décidé de ne pas appeler de droit d'entrée.

Dans sa Session du 24/03/2022, notre Ordre régional a pris les décisions suivantes :

- Exonération de la cotisation annuelle fixe lors de l'inscription d'un nouveau membre de l'Ordre « Expert-Comptable » ayant obtenu son diplôme d'expertise comptable au cours de l'année N-1 ou de l'année N.
- Application d'un prorata temporis sur le montant de la cotisation annuelle fixe lors de l'inscription d'un nouveau membre de l'Ordre « Expert-Comptable » ayant obtenu son diplôme d'expertise comptable avant N-1, par rapport à la date de Session pour laquelle l'inscription est demandée.
- Application d'un prorata temporis sur le montant de la cotisation annuelle fixe, par rapport à la date de Session pour laquelle l'inscription est demandée, en dehors d'une 1^{ère} inscription.

Inscriptions	Montants appelés lors des Sessions d'inscription			
	03/03/2023	09/06/2023	08/09/2023	01/12/2023
1 ^{ère} inscription avec DEC obtenu à N ou N-1	0 €	0 €	0 €	0 €
1 ^{ère} inscription avec DEC obtenu avant N-1	395.25 €	263.50 €	131.75 €	0 €
Inscription	745.50 €	497.00 €	248,50 €	0 €

Parallèlement à l'envoi de votre dossier de demande d'inscription au Conseil régional de l'Ordre, merci de procéder au virement de la somme attendue ou de joindre un chèque (libellé à : Ordre des Experts-Comptables de Bourgogne - Franche-Comté).

BP BOURGOGNE FRANCHE-COMTE				
Titulaire du compte/Account holder		Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittances, etc.).		
ORDRE DES EXPERTS COMPTABLES BP 50956		Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.		
21009 DIJON CEDEX		This statement is intended for your payees and/or payors when setting up Direct debit, Standing orders, Transfers and Payment. Please use this Bank account statement when booking transactions. It will help avoiding execution errors which might result in unnecessary delays.		
Relevé d'identité bancaire / Bank details statement				
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identification Code)		
FR76 1080 7004 0100 1192 7141 950		CCBPPFRPPDJN		
Code Banque	Code Guichet	N° du compte	Clé RIB	Domiciliation/Paying Bank
10807	00401	00119271419	50	BPBFC DIJON TREMOUILLE

LISTE DES PIÈCES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

- 1) Une photo d'identité de format standard (3 x 4 cm) à coller sur la 1^{ère} page de ce dossier
- 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 exerçant sous le régime BNC)
- 4) Attestation de votre employeur membre de l'Ordre, précisant que vous exercerez en qualité d'Expert-Comptable ([Annexe n° 1](#))
- 5) Attestation justifiant de votre souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix ([Annexe n° 2.1](#)), ou attestation d'assurance de votre employeur inscrit à l'Ordre, personne physique ou morale, précisant que vous êtes couvert(e) par le contrat qu'il a souscrit ([Annexe n° 2.2](#))
- 6) Engagement de responsabilité ordinale ([Annexe n° 3.1 ou 3.2](#))
- 7) Règlement de la demande d'inscription

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR EXPERT-COMPTABLE

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

Je soussigné(e)

NOM

PRENOM

agissant en qualité de (fonction) :

de la société / du cabinet d'expertise comptable :

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, exercera la profession d'Expert-Comptable de ladite société / dudit cabinet.

Fait à le

Signature :

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")

**ATTESTATION D'ASSURANCE
RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE**

Exercice de la profession à titre indépendant sous le régime BNC

Je soussigné(e)

Qualité

Adresse

.....

Atteste au nom de la Compagnie d'assurances

que Mme / M.

Adresse

.....

qui sollicite son inscription à l'Ordre des Experts-Comptables de la région **Bourgogne - Franche-Comté**

a souscrit un contrat d'assurance n° par lequel il / elle bénéficiera des garanties conformes aux dispositions du décret n° 2012-432 du 30 mars 2012, pris en application de l'article 17 de l'Ordonnance n° 452138 du 19 septembre 1945.

La prise d'effet de ce contrat sera la date de l'inscription à l'Ordre de la région **Bourgogne - Franche-Comté**.

Dès que nous aurons connaissance de cette date, nous adresserons directement au Conseil régional de l'Ordre une attestation définitive.

La présente attestation a été délivrée pour être remise au Conseil régional de l'Ordre en vue de compléter le dossier d'inscription.

Fait à le

Cachet Professionnel
et Signature de l'Assureur

**ATTESTATION D'ASSURANCE
RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE**

Exercice de la profession en qualité de salarié ou d'associé

Je soussigné(e)

Qualité

Adresse

.....

Atteste au nom de la Compagnie d'assurances

que Mme / M.

Adresse

.....

qui sollicite son inscription à l'Ordre des Experts-Comptables de la région **Bourgogne - Franche-Comté**

est couvert(e) par le contrat d'assurance n°

souscrit par la société d'expertise comptable / la succursale / l'AGC (dénomination sociale et adresse) :

.....

.....

.....

par lequel il / elle bénéficiera des garanties conformes aux dispositions du décret n° 2012-432 du 30 mars 2012, pris en application de l'article 17 de l'Ordonnance n° 452138 du 19 septembre 1945.

La prise d'effet de ce contrat sera la date de l'inscription à l'Ordre de la région **Bourgogne - Franche-Comté**.

Dès que nous aurons connaissance de cette date, nous adresserons directement au Conseil régional de l'Ordre une attestation définitive.

La présente attestation a été délivrée pour être remise au Conseil régional de l'Ordre en vue de compléter le dossier d'inscription.

Fait à le

Cachet Professionnel
et Signature de l'Assureur

ENGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ 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 :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

Sollicitant mon inscription secondaire au Tableau de l'Ordre des Experts-Comptables pour y exercer la profession d'Expert-Comptable 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 Bourgogne Franche-Comté.

et le cas échéant, du Conseil régional de

Fait à le

Signature :

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")

ENGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ ORDINALE

responsabilité ordinaire 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 :

PRENOM :

Expert-Comptable salarié du Cabinet :

NOM DU CABINET

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

ADRESSE DU 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'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 Bourgogne - Franche-Comté

et le cas échéant, du Conseil régional de

Fait à le

Signature du membre de l'Ordre salarié :

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Signature du membre possesseur du bureau :

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "lu et approuvé")