

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Je soussigné(e),

M(me)

Né(e) le _____ à _____

Date début d'exercice libéral

Adresse professionnelle

Tél. _____ Fax _____ Mobile _____ E-mail _____

Adresse domicile

Tél. _____ Fax _____ Mobile _____ E-mail _____

Exerçant la profession de

- Adresse du cabinet secondaire
- Membre d'une société civile de moyens

Avez-vous déjà été adhérent à une Association Agréée oui Non

N° I.N.S.E.E.

Code APE

Régime d'imposition des revenus professionnels pour l'année dernière

Déclaration contrôlée Salarié(e) Médecin Secteur 1
 Evaluation administrative Etudiant(e) Secteur 2

Je reconnais avoir pris connaissance

- des statuts de l'Association de Gestion Agréée de la Guadeloupe et de son règlement intérieur ;
- des dispositions de l'article 1649 quarter F du C.G.I. et des décrets d'application.

Je m'engage à :

- régler la Cotisation annuelle qui sera demandée par l'Association
- suivre les recommandations énoncées dans l'article 371 Y annexe 2 du C.G.I.
- fournir à l'Association tous les éléments nécessaires à l'établissement des déclarations fiscales sincères et complètes.
- J'autorise l'Association à communiquer à l'agent de l'Administration fiscale qui apporte son assistance à

l'Association, les renseignements et les documents mentionnés ci-dessus.

En cas de manquements graves ou répétés aux engagements ou obligations ci-dessus, l'Association pourra prononcer l'exclusion de la société après l'avoir mise en demeure de présenter une défense sur les faits qui lui sont reprochés.

Je suis informé(e) que

- Si la société désire résilier son adhésion, je dois avertir l'Association (trois) mois avant la date effective de résiliation.

Cachet et visa de l'A.G.A.

Date

Signature