

2. Bureaux secondaires inscrits ou non inscrits à la date de la demande ⁴
(autres que celui pour lequel l'inscription est demandée)

• **1^{er} Bureau :**

Adresse :

N° de Téléphone : N° de Fax :

Inscrit au Tableau de l'Ordre de :

Non-inscrit

Membre de l'Ordre responsable :

Nom :

Adresse professionnelle :

Inscrit au Tableau de l'Ordre de :

Organigramme (effectif par catégorie suivant la convention collective)

• Experts-comptables stagiaires :

• Experts-comptables salariés (inscrits) :

Personnel comptable

• Niveau 1 à 5, coefficient supérieur ou égal à 200

 dont diplômés d'expertise comptable (non inscrits)

• Niveau 5 coeff. < à 200

Personnel administratif

Personnel informatique

TOTAL

• **2^{ème} Bureau :**

Adresse :

N° de Téléphone : N° de Fax :

Inscrit au Tableau de l'Ordre de :

Non-inscrit

Membre de l'Ordre responsable :

Nom :

Adresse professionnelle :

Inscrit au Tableau de l'Ordre de :

Organigramme (effectif par catégorie suivant la convention collective)

• Experts-comptables stagiaires :

• Experts-comptables salariés (inscrits) :

Personnel comptable

• Niveau 1 à 5, coefficient supérieur ou égal à 200

 dont diplômés d'expertise comptable (non inscrits)

• Niveau 5 coeff. < à 200

Personnel administratif

Personnel informatique

TOTAL

⁴ A dupliquer si la société possède plus de deux bureaux secondaires

3. ORGANIGRAMME DE CE BUREAU :

NOM DES SALARIES	FONCTION⁷	QUALIFICATION (Réf. Convention collective)

4. Jours et heures d'ouverture et de réception de la clientèle :

Le de à

Le de à

Le de à

Le de à

Le de à

Le de à

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

Recrutement (qui recrute ?)

.....

Gestion financière et comptable (par qui est-elle assurée ?)

.....

Visa des travaux exécutés par les collaborateurs (qui vise ?)

.....

⁶ Gérant, Président du Conseil d'administration, Président du Directoire

⁷ Assistant – Secrétaire – Informaticien – Le cas échéant, préciser la qualité de membre de l'Ordre

6. Nombre de dossiers suivis par le cabinet secondaire

- Missions de tenue complète :
- Missions d'établissement des comptes annuels :
- Missions de révision comptable :
- Autres missions (à préciser ci-dessous) :

TOTAL _____

-
-
-
-
-

7. Mention de l'existence du ou des bureaux secondaires (inscrits ou non inscrits au Tableau de l'Ordre) dans les polices d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle :

OUI

NON

8. Dans quelle(s) autre(s) région(s) la société est-elle déjà inscrite ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AMIENS (01) | <input type="checkbox"/> MARTINIQUE (22) |
| <input type="checkbox"/> AQUITAINE (03) | <input type="checkbox"/> MONTPELLIER (11) |
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE (05) | <input type="checkbox"/> ORLÉANS (13) |
| <input type="checkbox"/> BOURGOGNE FRANCHE COMTE (06) | <input type="checkbox"/> PARIS ILE DE FRANCE (14) |
| <input type="checkbox"/> BRETAGNE (16) | <input type="checkbox"/> PAYS DE LOIRE (02) |
| <input type="checkbox"/> CHAMPAGNE (04) | <input type="checkbox"/> POITOU CHARENTES VENDÉE (15) |
| <input type="checkbox"/> GUADELOUPE (20) | <input type="checkbox"/> RÉUNION (23) |
| <input type="checkbox"/> GUYANE (21) | <input type="checkbox"/> RHÔNE ALPES (09) |
| <input type="checkbox"/> LILLE NORD PAS DE CALAIS (07) | <input type="checkbox"/> ROUEN NORMANDIE (17) |
| <input type="checkbox"/> LIMOGES (08) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> STRASBOURG / ALSACE (18) | |
| <input type="checkbox"/> LORRAINE (12) | <input type="checkbox"/> TOULOUSE MIDI PYRÉNÉES (19) |
| <input type="checkbox"/> MARSEILLE PACAC (10) | |

Date de la première inscription au Tableau de l'Ordre : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Je certifie sincères et véritables les informations contenues dans le présent questionnaire.

Je m'engage à faire connaître au Conseil régional, dans un délai maximum d'un mois à compter de sa survenance, tout changement relatif à la situation de la société, en joignant copie certifiée conforme des documents sociaux le mentionnant ainsi que l'extrait K bis qui en fait état.

Fait à : Le

NOM, Prénom, Qualité
Signature

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « certifié exact »)

LISTE DES PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE

1. Un extrait K bis de la société à jour à la date de la demande
2. Répartition du capital social actuel de la société
3. Attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre (à demander au Conseil Régional du siège social si différent de la région Rhône-Alpes)
4. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe n°1)
5. Copie du bail professionnel ou justificatif de la propriété des locaux et de la possibilité d'y exercer la profession
6. Attestation justifiant de la souscription à une assurance de responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix couvrant les activités du bureau secondaire dont l'inscription est demandée
7. Règlement de la cotisation appliquée avec prorata temporis :
..... € par chèque à l'ordre du Conseil Régional de l'Ordre des Experts-Comptables.

Pour connaître le montant exact de la cotisation professionnelle, nous vous demandons de bien vouloir contacter le Service du Tableau (Anne-Sophie BALDINI ou Christiane REYNOUARD) au 04.72.60.26.26.

Engagement de responsabilité ordinale

Modèle à reproduire sur le papier en-tête du cabinet

Je soussigné :

NOM :

.....

PRENOMS :

.....

Expert-comptable inscrit à titre principal au Tableau du Conseil Régional de

.....

Déclare être responsable du bureau secondaire ouvert par (raison sociale et adresse du siège social) :

.....

.....

.....

.....

.....

à (adresse complète du bureau secondaire) :

.....

.....

.....

.....

.....

Je 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'en assurer la maîtrise des dossiers et 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*)

.....

A..... Le

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »