

ASSOCIATION AGREEE SANTE

48 rue de Brest – 69002 LYON

Tel : 04 72 56 56 36

Email : secretariat@agasra.fr – www.agasra.fr

N° SIRET : 382 271 609 000 10

LYON, le

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint :



- Un bulletin d'adhésion en double exemplaire, dont vous voudrez bien nous retourner un seul exemplaire (original) signé et daté, (Pages 3 et 4)
- Un questionnaire destiné à notre fichier informatique (à nous retourner), (Pages 5 et 6)
- Une convention relative à la Télétransmission des Données Fiscales et Comptables (TDFC), c'est-à-dire à la télédéclaration de votre 2035 à votre Service des Impôts des Entreprises et/ou l'envoi de l'attestation d'adhésion et du compte rendu de mission (à nous retourner), (Pages 7 et 8)
- Statuts et règlement intérieur de l'Association Agréée Santé,

La cotisation annuelle vous sera réclamée après la tenue de l'Assemblée Générale annuelle.

Nous attirons votre attention sur les délais d'inscription à une Association de Gestion Agréée qui sont les suivants :

- Dans le cadre d'une inscription en début d'année : au plus tard le 31 mai.
- Dans le cadre d'une première inscription en cours d'année : 5 mois à partir de la date d'installation en exercice libéral (dans ce cas, préciser la date d'installation sur le bulletin d'adhésion).
- Dans le cas d'un changement d'Association en cours d'année : 30 jours.

Dès réception de votre bulletin d'adhésion (original) et des éléments suivants :

-  Questionnaire destiné au fichier informatique de l'AGA,
-  Convention TDFC indispensable à nous retourner impérativement avec votre dossier.

Nous vous adresserons sur demande :

- Les documents comptables : 1 livre de recettes et 1 livre de dépenses (29 €)
- 1 guide d'utilisation des documents comptables.
- 1 nomenclature comptable des professions libérales.
- 1 récapitulatif mensuel et annuel des frais de blanchissage.
- 1 affichette conformément à l'Arrêté du 12 mars 1979 et l'Instruction Administrative du 17 juillet 1979.
- L'appel de cotisation de l'année en cours.

Notre AGA met à votre disposition une permanence technique du lundi au vendredi de
9 H à 17 H au siège de l'Association.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,

Nous vous prions de croire en l'expression de nos salutations les meilleures.

Le Président,
Dr Jean-Michel LAIR.

ASSOCIATION AGREEE SANTE

48, rue de Brest – 69002 LYON Tel : 04 72 56 56 36

Email : secretariat@agasra.fr Site Internet : www.agasra.fr

N°SIRET : 382 271 609 000 10

BULLETIN D'ADHESION

Année d'adhésion 20.....

Je soussigné(e) Profession :
Exerçant à
..... Tél

A l'appui de ma demande d'adhésion à l'Association de Gestion Agréée constituée à l'initiative de la Fédération des Syndicats Dentaires de la région Rhône-Alpes.

1/ Reconnais avoir reçu (et en avoir pris connaissance) un exemplaire des statuts de l'Association et un exemplaire du règlement intérieur annexé.

2/ M'engage conformément aux dispositions de l'Article 64 II de la Loi n° 76-1232 du 29 décembre 1976 et des décrets pris pour son application n° 77-1519 et 77-1520 du 31 décembre 1977 :

- A me conformer aux recommandations qui seront diffusées par l'Association et à celles concernant la tenue des documents, prévues aux articles 99 et 101 BIS du Code Général des Impôts,
- A accepter le règlement des honoraires par chèque, libellé dans tous les cas à mon ordre,
- A ne pas endosser les chèques qui me seront remis, sauf pour remise à l'encaissement.

3/ M'engage à informer mes patients de ma qualité d'adhérent à une Association Agréée et à me conformer aux dispositions de l'arrêté du 12 mars 1979 et de l'instruction administrative du 17 juillet 1979.

4/ Selon le cas :

- M'engage à fournir à l'Association tous les éléments nécessaires à l'établissement des déclarations fiscales sincères et complètes,
- M'engage à communiquer à l'Association, 15 jours francs au moins avant la date légale de dépôt des déclarations des bénéficiaires professionnels, le montant du résultat imposable et l'ensemble des données utilisées pour la détermination de ce résultat.

5/ Autorise l'Association à communiquer à l'Agent de l'Administration fiscale, qui apporte son assistance à l'Association, les renseignements et documents mentionnés ci-dessus ;

6/ M'engage à inscrire sur les feuilles de maladie ou de soins, conformément aux dispositions de l'Article 1994 du Code Général des Impôts et du décret n° 72-480 du 12 juin 1972, l'intégralité des honoraires perçus, même s'ils ne peuvent que partiellement donner lieu à remboursement pour les assurés ;

7/ Reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'Article 64 de la Loi n° 76-1232 du 29 décembre 1976 et des décrets d'application.

A, le

SIGNATURE

(Pour les adhésions en cours d'année, veuillez préciser la date de début d'activité.....)

ASSOCIATION AGREEE SANTE

48, rue de Brest – 69002 LYON Tel : 04 72 56 56 36

Email : secretariat@agasra.fr Site Internet : www.agasra.fr

N°SIRET : 382 271 609 000 10

BULLETIN D'ADHESION

Année d'adhésion 20.....

Je soussigné(e) Profession :
Exerçant à
..... Tél

A l'appui de ma demande d'adhésion à l'Association de Gestion Agréée constituée à l'initiative de la Fédération des Syndicats Dentaires de la région Rhône-Alpes.

1/ Reconnaiss avoir reçu (et en avoir pris connaissance) un exemplaire des statuts de l'Association et un exemplaire du règlement intérieur annexé.

2/ M'engage conformément aux dispositions de l'Article 64 II de la Loi n° 76-1232 du 29 décembre 1976 et des décrets pris pour son application n° 77-1519 et 77-1520 du 31 décembre 1977 :

- A me conformer aux recommandations qui seront diffusées par l'Association et à celles concernant la tenue des documents, prévues aux articles 99 et 101 BIS du Code Général des Impôts,
- A accepter le règlement des honoraires par chèque, libellé dans tous les cas à mon ordre,
- A ne pas endosser les chèques qui me seront remis, sauf pour remise à l'encaissement.

3/ M'engage à informer mes patients de ma qualité d'adhérent à une Association Agréée et à me conformer aux dispositions de l'arrêté du 12 mars 1979 et de l'instruction administrative du 17 juillet 1979.

4/ Selon le cas :

- M'engage à fournir à l'Association tous les éléments nécessaires à l'établissement des déclarations fiscales sincères et complètes,
- M'engage à communiquer à l'Association, 15 jours francs au moins avant la date légale de dépôt des déclarations des bénéfiques professionnels, le montant du résultat imposable et l'ensemble des données utilisées pour la détermination de ce résultat.

5/ Autorise l'Association à communiquer à l'Agent de l'Administration fiscale, qui apporte son assistance à l'Association, les renseignements et documents mentionnés ci-dessus ;

6/ M'engage à inscrire sur les feuilles de maladie ou de soins, conformément aux dispositions de l'Article 1994 du Code Général des Impôts et du décret n° 72-480 du 12 juin 1972, l'intégralité des honoraires perçus, même s'ils ne peuvent que partiellement donner lieu à remboursement pour les assurés ;

7/ Reconnaiss avoir pris connaissance des dispositions de l'Article 64 de la Loi n° 76-1232 du 29 décembre 1976 et des décrets d'application.

A, le

SIGNATURE

(Pour les adhésions en cours d'année, veuillez préciser la date de début d'activité.....)

ASSOCIATION AGREEE SANTE

48, rue de Brest – 69002 LYON Tel : 04 72 56 56 36

Email : secretariat@agasra.fr

N°SIRET : 382 271 609 000 10

QUESTIONNAIRE

SEXE F M

NOM _____

(NOM de jeune fille) _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Profession _____

Date de début d'activité libérale _____

N° SIRET

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code APE (4 chiffres 1 lettre donné par l'INSEE)

--	--	--	--	--

Adresse professionnelle pour utiliser cette adresse de correspondance, cochez ici

Tél. _____

Portable _____

E-mail _____

(De nombreuses informations étant communiquées par mail, il est important de renseigner cette case)

Adresse personnelle pour utiliser cette adresse de correspondance, cochez ici

S ECTEUR ACTIVITE

Pour les **chirurgiens-dentistes**, précisez si vous êtes Titulaire Collaborateur Remplaçant

Pour les **médecins**, précisez si vous êtes Généraliste Spécialiste Remplaçant

Votre Spécialité éventuelle _____

Votre secteur :

- I Conventionné sans dépassement
- I Conventionné avec dépassement
- II Conventionné honoraires libres
- Hors convention

A TENUE DE VOTRE COMPTABILITE

Vous utilisez les services d'un **Comptable**, précisez :

Le nom de votre correspondant : _____

Le nom de la Société : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Vous n'avez **pas de comptable**

Si vous avez déjà fait partie d'une AGA, précisez :

Son nom : _____

La date de radiation : _____

Motif : Cessation d'activité Démission Exclusion

Si vous êtes membre d'une ou plusieurs Sociétés Civiles de Moyens, précisez leurs noms et adresses :

Nous vous remercions de nous tenir informés de chaque changement professionnel (type d'exercice, adresse professionnelle, adresse personnelle, cabinet comptable, numéro SIRET du comptable, etc...)



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

DIRECTION GÉNÉRALE DES IMPÔTS

CONVENTION RELATIVE A UNE OPERATION DE TRANSFERT DE DONNEES FISCALES ET COMPTABLES (TDFC)

– Article 1er –

Objet de la convention

Je soussigné, M. ou Mmeagissant en qualité
de pour l'entreprise
.....
.....

(Désignation, adresse, n° FRP, n° SIRET)

déclare par la présente convention opter pour la procédure de transfert des données fiscales et comptables (TDFC), laquelle permet la transmission par voie électronique des déclarations de résultats, de leurs annexes et de tout document les accompagnant.

– Article 2 –

Caractéristiques de la procédure

La procédure assure les fonctions suivantes :

- l'identification de l'émetteur et de l'auteur de l'acte ;
- l'intégrité des données ;
- la lisibilité et la fiabilité de la transmission ;
- la mémorisation de la date de transmission ;
- l'assurance de la réception ;
- la conservation des données transmises.

La description complète figure dans un cahier des charges, actualisé chaque année et consultable soit auprès de la direction générale des finances publiques (DGFIP), soit auprès de ses partenaires EDI.

– Article 3 –

Transmission des données à la DGFIP via un mandataire

Pour satisfaire à ses obligations déclaratives, l'adhérent peut recourir aux services d'un mandataire, appelé partenaire EDI, lequel transmettra les données à la DGFIP pour son compte.

Dans ce cas, cet intermédiaire doit être désigné sur la présente convention, ou par souscription d'un avenant à celle-ci.

Le cas échéant, désignation du partenaire EDI : ECM Association – 153 rue de Courcelles 75017 PARIS

Numéro partenaire EDI DGI : 7501751.

– Article 4 –

Transmission directe des données à l'administration

Les contribuables désirant transmettre directement leurs données à la DGFIP sont tenus d'obtenir la qualité de partenaire EDI et de procéder aux envois selon les modalités définies dans le cahier des charges en vigueur.

Pour ceux transmettant leurs données dans le langage normé EDIFACT, il est rappelé que les dispositions de l'article 3 de la convention type des partenaires EDI imposent l'utilisation d'outils ayant obtenu le label de qualité dans le cadre d'un contrôle technique. Les modalités d'attribution de ce label sont décrites dans les cahiers des charges.

– Article 5 –

Cession de données à la Banque de France

Par son adhésion à la présente convention, l'adhérent autorise l'administration à transmettre à la Banque de France les données suivantes : qualité d'adhérent TDFC, dénomination, adresse, numéro SIRET.

– Article 6 –

Exercice du droit d'accès et de rectification

Les droits d'accès et de rectification aux données acquises via TDFC s'exercent auprès du centre des impôts gestionnaire du dossier professionnel du contribuable.

– Article 7 –

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année et est renouvelable par tacite reconduction.

Un dépôt papier de la déclaration de résultats vaut résiliation.

Fait à, le

Signature