

How to manage your Micro Entrepreneur post registration paperwork

6 - Other letters

version 1.0



Other letters you may receive



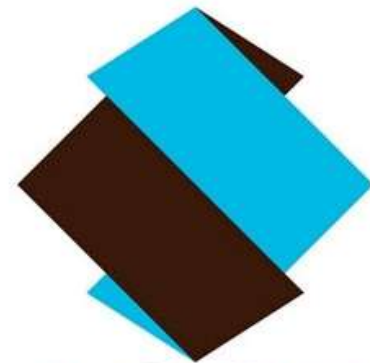
- 1 - Malakoff Mederic / ARCO / AG2R La Mondiale / Audiens**
- 2 - ACRE - Social charges exoneration**
- 3 - Taxe de séjour (Gites owners)**
- 4 - HACCP - Health and safety (Gites owners)**
- 5 - SACEM & SPRE - Music copyrights (Gites owners)**

1 - Malakoff Mederic / ARCO / AG2R La Mondiale



malakoff médéric


● RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc *et* arrco



AG2R
LA MONDIALE

- One of these bodies based on your activity.
- Relates to your potential future employees!
- Refers to compulsory complementary pension and health insurance for employees.
- Doesn't apply to you if no employees. No taxes to pay.
- But... you are supposed to choose a body for later...
- A body will be automatically allocated if you don't answer back (no taxes).
- Keep copy + return original with "O salarié" or "Pas de salariés"

1 - Malakoff Mederic / ARCO / AG2R La Mondiale



malakoff médéric
SANTÉ • PRÉVOYANCE • RETRAITE

**BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES
CABINETS D'INGÉNIEURS CONSEILS
SOCIÉTÉS DE CONSEILS**

BIENVENUE CHEZ MALAKOFF MÉDÉRIC
VOTRE PARTENAIRE PRÉVOYANCE

À Paris, [redacted]

Madame, Monsieur,

Nous tenions à vous adresser tout d'abord nos félicitations pour la création de votre entreprise.

Sachez que **les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont sélectionné des garanties de prévoyance** (couverture décès, invalidité, arrêt de travail, ...), **spécifiques à votre métier**, à des conditions tarifaires avantageuses, **dont vos salariés doivent bénéficier obligatoirement**.
A ce titre **Malakoff Médéric accompagne depuis de nombreuses années votre profession** pour la gestion de son **régime de prévoyance conventionnel**.

Pour vous mettre dès à présent en conformité avec vos obligations conventionnelles, nous vous adressons ci-joint une documentation avec votre dossier d'adhésion **à nous retourner au plus vite**.

Sachez par ailleurs que, la CCN des cadres de mars 1947* impose à l'employeur de verser **une cotisation de 1,50% de la tranche A** du salaire pour assurer en priorité le risque décès : **découvrez notre offre complémentaire dans la documentation ci-jointe !**

Enfin, votre **statut personnel de chef d'entreprise** nécessite une approche particulière : que vous soyez dirigeant salarié ou professionnel indépendant (TNS), **votre situation sociale est unique**. Plus qu'une protection sociale complémentaire, vous avez besoin d'un ensemble de solutions prévoyance et santé **qui répondent parfaitement à votre situation personnelle, professionnelle et familiale**.

Pour répondre à l'ensemble de vos problématiques, **un dispositif d'information dédié spécifiquement aux créateurs d'entreprises est disponible au numéro et à l'adresse ci-dessous**.

0 800 801 522 Service & appel gratuits

Du lundi au vendredi de 9h à 18h

Bien cordialement,

01

15 - PREVA-COUR-1102-0102



malakoff médéric

GARANTIES PRÉVOYANCE

PROPOSITION DE CONTRAT – RÉGIME CONVENTIONNEL
Créateurs d'entreprise - Contrat collectif à adhésion obligatoire
Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et sociétés de conseils

L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : [redacted]

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL : [redacted]

TÉLÉPHONE : [redacted] COURRIEL : [redacted]

FORME JURIDIQUE : [redacted]

NATURE DE L'ACTIVITÉ : [redacted]

N°SIREN : [redacted] N°SIRET : [redacted]

CODE APE (Norme NACE) : [redacted] DATE D'ENTRÉE DU PREMIER SALAIRE : [redacted]

ADHÉSION À UNE FÉDÉRATION EMPLOYEUR : si OUI : ☐ CINOV ☐ SYNTEC

ADRESSE POUR LA CORRESPONDANCE (si différente) : [redacted]

TÉLÉPHONE : [redacted] COURRIEL : [redacted]@[redacted]

REPRÉSENTÉE PAR : [redacted]
(le signataire doit joindre tout justificatif l'habilitant à prendre cet engagement au nom de l'entreprise)

FONCTION : [redacted]

- Certifie relever de la Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et sociétés de conseils
- ☒ Demande à adhérer au régime de prévoyance conventionnel instauré par l'Accord de prévoyance du 27 mars 1997 et souscrit à Malakoff Médéric Prévoyance⁽¹⁾ et à l'OCIRP⁽²⁾ pour l'ensemble du personnel.
 - ETAM : Effectif actifs [redacted] - CADRES : Effectif actifs [redacted]
 - Taux de cotisation pour l'ensemble du personnel : **0,74% TA⁽³⁾ + 1,13% (TB / TC)⁽³⁾**
- ☒ Demande à adhérer à la garantie complémentaire au régime de prévoyance conventionnel, au bénéfice de la catégorie de personnel CADRES⁽⁴⁾ :
 - le personnel CADRES : Effectif [redacted] Taux de cotisation : **0,76% TA⁽³⁾ + 1,13% (TB / TC)⁽³⁾**

⁽¹⁾ Les garanties capital décès, incapacité temporaire et invalidité sont assurées par Malakoff Médéric Prévoyance
⁽²⁾ La garantie rente d'éducation est assurée par l'OCIRP
⁽³⁾ TA : tranche de rémunération au plus égale au salaire annuel plafond de la Sécurité sociale - TB : tranche de rémunération comprise entre 1 fois et 4 fois ce plafond - TC : tranche de rémunération comprise entre 4 fois et 8 fois ce plafond.
⁽⁴⁾ Pour les cadres, l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947, prévoit, à la charge de l'entreprise, une cotisation de 1,50% de la tranche A affectée par priorité aux garanties en cas de décès.

DÉCLARATION DES RISQUES EN COURS

Les conditions générales précisent les conditions de déclaration par vos soins des éventuels risques en cours lors de votre adhésion et les conditions dans lesquelles Malakoff Médéric Prévoyance les prend en charge.

001395

019

2 - ACRE Social charges exoneration



- ... Aide aux Créateurs et Repreneurs d'Entreprises (ACRE)
- ... Was automatically given to all new business created in 2019.
- ... From 2020, limited to people registered with the unemployment agency Pôle Emploi, 18 to 25 years old, benefiting from RSA.
- ... Has to be requested when registering your business (form)
- ... Confirmation letter sent by URSSAF.

3 - Taxe de séjour (gites owners)



Formulaire mensuel de déclaration
de la **TAXE DE SÉJOUR**



À retourner au service Taxe de séjour de Golfe du Morbihan Vannes Tourisme
avant le 2 du mois suivant accompagné de la **copie du registre du logeur**.

Je soussigné(e) : _____
Adresse : _____
Code Postal et Ville : _____
Nom de l'hébergement : _____
Adresse (si différente) : _____
Courriel : _____
Déclare pour le mois de :/..... (mois / année)

Nombre de nuitées

Nuitées séjour 1 (nb pers. assujetties x nb nuits) + nuitées séjour 2 (nb pers. assujetties x nb nuits) + nuitées séjour 3, etc...
RAPPEL - Une **nuitée** correspond à 1 nuit consommée pour 1 personne. Ainsi, deux personnes séjournant trois nuits dans un hôtel comptent pour six **nuitées** de même que six personnes ne séjournant qu'une nuit.

1 Nuitées assujetties* :	<input type="text"/>
2 Nuitées exonérées :	<input type="text"/>
Les personnes mineures	<input type="text"/>
Les titulaires d'un contrat de travail saisonnier employés dans la Communauté d'Agglomération	<input type="text"/>
Les personnes bénéficiant d'un hébergement d'urgence ou d'un relogement temporaire	<input type="text"/>
Les personnes qui occupent des locaux dont le loyer est inférieur à 1 € par mois.	<input type="text"/>
Nombre total de nuitées :	1 + 2 <input type="text"/>
Montant reversé :	<input type="text"/>

*Article L2333-29 du CGCT - « La taxe de séjour est établie sur les personnes qui ne sont pas domiciliées dans la commune et qui n'y possèdent pas de résidence à raison de laquelle elles sont redevables de la taxe d'habitation. »

Avec votre déclaration, vous devez joindre votre règlement à l'ordre de la Régie Taxe de séjour et les envoyer à : Golfe du Morbihan Vannes Tourisme - Annaïck EVENO - Quai Tabarly - CS 23921 - 56039 Vannes. La somme du règlement doit être égale au nombre de nuitées effectuées par les clients assujettis multiplié par le tarif de taxe de séjour qui s'applique à votre hébergement.

Date :/...../.....
Signature



Taxe paid by guests staying with you.



Collected by you, but not included in your turnover.



Check your tax de séjour rate with your Office de Tourisme or online http://taxesejour.impots.gouv.fr/DTS_WEB/UK/index.awp



Declared on a montly basis.



More on taxe de séjour
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2048>

4 - HACCP - Health and safety (Gites owners)



- ... If you registered as a table d'hôtes, you may receive a letter from Chambre de Commerce inviting you to take an HACCP training.
- ... Hasard Analysis and Critical Point of Control (HACCP)
- ... HACCP qualification or training :
 - ==> Health & hygiene in professional kitchen,
 - ==> Direction Départementale Protection Populations DDPP,
 - ==> HACCP training can be done abroad (validate qualification),
 - ==> Check with AFPA or CCI for local training (2/3 days).
- ... This training can be done online and in English. Also work if you have taken this course in the past.

5 - SACEM & SPRE - Music copyrights (Gites owners)



- ... Sacem = body collecting copyrights for musicians in France
Droits d'auteurs.
- ... Need to sign contract and pay taxes if :
 - ==> You play music in bar, restaurant.
 - ==> You play music in halls, reception, rooms.
 - ==> Refers to playing music via TV, radio, hi-fi, CD, computer.
- ... You will receive a form to complete few weeks after business registration. For gites and B&B:
 - ==> 93€ HT for basic contract.
 - ==> B&B, gites used to not pay this tax.
 - ==> Difficult to assess control made by Sacem.
 - ==> Penalty fee 150€.
- ... More info <https://clients.sacem.fr/autorisations/hotel-residence-de-tourisme-un-gite-ou-chambre-d-hotes>

5 - SACEM & SPRE - Music copyrights (Gites owners)

Déclaration
Hébergement touristique et assimilés

Consultez nos tarifs et services en ligne sur www.sacem.fr

Merçi par avance de renseigner précisément ce formulaire.

Renvoyer ce document à la délégation régionale de : 

SOCIÉTÉ DES AUTEURS, COMPOSITEURS ET ÉDITEURS DE MUSIQUE | **sacem**

N°réf. : 67597642

Nom et prénom du responsable : _____

Qualité du responsable (propriétaire, gérant de SARL, directeur d'établissement, etc.) : _____

Nom de la personne à contacter : _____ Tél. : _____

Enseigne de l'établissement : _____

S'il s'agit d'une société, préciser sa forme juridique (SA, SARL, ...): _____

sa dénomination : _____

l'adresse de son siège social : _____

Adresse de l'établissement : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____

Courriel : _____ Site Internet : _____

N° SIRET : _____

Tiers payeur : _____

Il s'agit de la personne que vous pouvez désigner pour recevoir les factures et acquitter les montants des droits d'auteur en votre nom (cabinet comptable...).

☐ OUI, JE DIFFUSE DE LA MUSIQUE ET JE SOUHAITE RECEVOIR UN DEVIS ET UNE PROPOSITION DE CONTRAT.

1. DATE DU DÉBUT DES DIFFUSIONS _____ / _____ / _____

2. NATURE DE L'ÉTABLISSEMENT

<input type="checkbox"/> Hôtel	<input type="checkbox"/> Résidence de tourisme	<input type="checkbox"/> Chambre d'hôtes	<input type="checkbox"/> Gîte
<input type="checkbox"/> Meublé de tourisme	<input type="checkbox"/> Résidence service	<input type="checkbox"/> Résidence étudiante	<input type="checkbox"/> Autre : _____

3. CATÉGORIE DE L'ÉTABLISSEMENT

☐ 1 étoile ☐ 2 étoiles ☐ 3 étoiles ☐ 4 étoiles ☐ 5 étoiles ☐ Établissement non classé

5. MODES DE DIFFUSION DANS LES CHAMBRES / APPARTEMENTS

Nombre total de chambres ou appartements bénéficiant de diffusions : _____

	DIFFUSIONS GRATUITES	DIFFUSIONS PAYANTES (*)	
	NOMBRE DE CHAMBRES / APPARTEMENTS	NOMBRE DE CHAMBRES / APPARTEMENTS	PRIX D'ACCÈS AU SERVICE
<input type="checkbox"/> Téléviseur	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Radio / Chaîne Hi-Fi / Ordinateur / Tablette	_____	_____	_____

(*) Indiquez les coordonnées du concessionnaire éventuel : _____

6. SONORISATION DES PARTIES COMMUNES

☐ Couloirs ☐ Halls ☐ Paliers d'étage

☐ Salons sans bar (de lecture ou de détente) ☐ Ascenseurs

Appareil(s) utilisé(s) : _____

7. SONORISATION DU BAR

Le bar est-il réservé aux seuls clients de l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre total de places assises : _____ Superficie : _____ m²

Appareil(s) utilisé(s) : _____

8. PÉRIODE D'EXPLOITATION

☐ Toute l'année Horaires : de _____ h à _____ h

Jour(s) de fermeture hebdomadaire : ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mer ☐ Jeu ☐ Ven ☐ Sam ☐ Dim

☐ En saison du _____ / _____ au _____ / _____ Horaires : de _____ h à _____ h

du _____ / _____ au _____ / _____ Horaires : de _____ h à _____ h

Jour(s) de fermeture hebdomadaire : ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mer ☐ Jeu ☐ Ven ☐ Sam ☐ Dim

9. AUTRES SONORISATIONS

☐ Attente téléphonique Nombre de lignes : _____ ou Nombre d'employés : _____

☐ Site internet sonorisé avec Web radio : ☐ Oui ☐ Non

☐ Parking Nombre d'emplacements : _____ Prix de la première heure : _____ €

☒ NON, JE NE METS PAS À DISPOSITION DE MOYEN DE DIFFUSION (TÉLÉVISEUR, RADIO, CHAÎNE HIFI...) ET J'AI BIEN NOTÉ QU'IL ME FALLAIT L'AUTORISATION DE LA SACEM POUR TOUTE DIFFUSION PUBLIQUE.

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements ci-dessus mentionnés et sollicite de la Sacem l'autorisation préalable prévue par les dispositions législatives nationales relatives à la protection du droit d'auteur.

Fait à _____ Le _____ / _____ / _____ Cachet et Signature

Summary other letters



Never ignore a letter.



Always keep a copy in your business folder for reference.

