

EXONÉRATION DES BÉNÉFICES RÉALISÉS PAR LES ENTREPRISES NOUVELLES

Demande relative à l'application du dispositif prévu à l'article 44 sexies du CGI

I. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE ⁽¹⁾

ENTREPRISE INDIVIDUELLE :

NOM ET PRENOM

.....

NOM COMMERCIAL

.....

SOCIETE :

DENOMINATION SOCIALE

.....

FORME

JURIDIQUE

.....

NOM

DU

DIRIGEANT

.....

(Joindre les statuts s'ils sont déjà établis)

DATE DE CREATION : DATE DE DEBUT D'ACTIVITE :

ADRESSE D'IMPLANTATION DU SIEGE SOCIAL :

.....

TELEPHONE :

Email :

ADRESSE(S) D'IMPLANTATION DES ETABLISSEMENTS DISPOSANT DES MOYENS D'EXPLOITATION :

.....

NATURE DE L'IMPOT POUR LEQUEL L'ALLEGEMENT EST DEMANDE :

IMPOT SUR LES SOCIETES :

.....

IMPOT SUR LE REVENU :

.....

AUTRES IMPOTS (PRECISER) :

.....

REGIME D'IMPOSITION :

.....

MICRO-ENTREPRISES (2) :

.....

POUR LES ENTREPRISES RELEVANT DES BENEFICES NON COMMERCIAUX : DECLARATION

CONTROLEE :

.....

.....

POUR LES ENTREPRISES RELEVANT DES BENEFICES INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX :

REGIME REEL D'IMPOSITION :

.....

.....

.....

(1) A préciser, s'il y a lieu, au paragraphe *Autres éléments nécessaires*.

(2) Pour bénéficier des dispositions de l'article 44 sexies, l'entreprise doit opter pour un régime réel avant la date de dépôt de la première déclaration de résultats.

II. NATURE ET CARACTERE DES ACTIVITES ENVISAGEES ⁽¹⁾

ACTIVITE QUI SERA EXERCEE A TITRE PRINCIPAL : (En situation d'activité mixte, l'activité prépondérante sera précisée.)

Activité commerciale Artisanale Industrielle Non commerciale Civile
Agricole

Préciser la nature de l'activité :

L'activité est-elle exercée de manière non sédentaire ? Oui Non

En cas d'activité non commerciale, sera-t-elle exercée à titre habituel et constant ? Oui Non

Effectif de salariés prévu :

ACTIVITE SECONDAIRE, préciser laquelle :

III. CONDITIONS DE LA CREATION ⁽¹⁾

L'entreprise sera-t-elle créée dans le cadre :

d'une concentration d'activités	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	fusion <input type="checkbox"/>
d'une restructuration d'activités	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	scission <input type="checkbox"/>
			apport partiel d'actif <input type="checkbox"/>
d'une acquisition	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une location-gérance	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un transfert géographique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une augmentation du potentiel productif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un changement de mode d'exploitation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un changement de l'organisation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une reprise d'activité préexistante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un contrat de partenariat (franchise ou autre) ⁽²⁾	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une cession de licence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
de l'implantation en France d'un établissement stable d'une entreprise étrangère	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

L'activité de l'entreprise à créer prolonge-t-elle celle d'une entreprise préexistante ?

oui non

Existe-t-il une communauté d'intérêts avec une ou plusieurs entreprises préexistantes

(liens personnels, financiers et commerciaux) ? oui non

Si la réponse est positive : l'activité est-elle identique à celle de l'entreprise préexistante ?

oui non

Y aura-t-il reprise de tout ou partie du personnel, des locaux, du matériel de production

ou de la clientèle d'une entreprise préexistante ? oui non

Envisagez-vous d'exercer votre activité en sous-traitance oui non

(dans l'affirmative, indiquer de quelle(s) entreprise(s))

Pour les entreprises situées dans le secteur du bâtiment :

Envisagez-vous de reprendre des chantiers commencés par d'autres entreprises ?

oui non

(dans l'affirmative, préciser le nom de ces entreprises)

(1) A préciser, s'il y a lieu, au paragraphe *Autres éléments nécessaires*.

(2) Joindre une copie du contrat

IV. POUR UNE SOCIETE, PRECISER LES CONDITIONS DE DETENTION DU CAPITAL ⁽³⁾

DETAIL DES PARTICIPATIONS DES ASSOCIES

Nom et prénom ou raison sociale des associés	Adresse	Pourcentage de détention du capital

FONCTIONS EXERCEES DANS D'AUTRES SOCIETES OU ENTREPRISES (A SERVIR POUR CHAQUE ASSOCIE PERSONNE PHYSIQUE INTERESSE) - à remplir obligatoirement. Si la société n'est pas concernée, rayer le cadre

Nom et prénom de l'associé	Dénomination sociale de la société ou nom de l'entreprise; adresse	Fonctions	Activité exercée par la société ou l'entreprise

(3) Si les cadres sont insuffisants, continuer sur des états joints en annexe.

•CAPITAL DETENU PAR LES ASSOCIES PERSONNES PHYSIQUES ET LES MEMBRES DU FOYER FISCAL DANS D'AUTRES SOCIETES (A SERVIR POUR CHAQUE ASSOCIE PERSONNE PHYSIQUE ET MEMBRE DU FOYER FISCAL INTERESSE) – à remplir obligatoirement. Si la société n'est pas concernée, rayer le cadre

Nom et prénom de l'associé et du (des) membres du foyer fiscal	Sociétés : dénomination ; adresse	Montant du capital social	Activité exercée par la société	Capital détenu ⁽⁴⁾			
				Droits de vote		Droits à dividendes	
				Nombre	%	Nombre	%

(4) Si le pourcentage de capital détenu a fait l'objet de modifications au cours de l'année de création de l'entreprise nouvelle, indiquer le montant de capital détenu le plus élevé.

V. AUTRES ELEMENTS NECESSAIRES POUR PERMETTRE A L'ADMINISTRATION D'APPRECIER SI LES CONDITIONS REQUISES PAR LA LOI POUR BENEFICIER DE L'EXONERATION SONT EFFECTIVEMENT REMPLIES

ACTIVITES EXERCEES PRECEDEMMENT PAR LE CHEF D'ENTREPRISE OU PAR LES DIRIGEANTS DE LA SOCIETE NOUVELLEMENT CREEE :

NATURE, LIEU, PERIODE :

Nom (ou raison sociale) et adresse de l'entreprise :

Existe-t-il des relations juridiques ou d'intérêt entre votre entreprise et celle de votre ancien employeur (si oui, indiquer lesquelles) ?

Si l'entreprise a cessé partiellement ou totalement son activité, préciser à quelle date :

Si l'entreprise a cessé partiellement son activité, préciser la partie de l'activité qui a cessé :

APPORTER ICI TOUTE AUTRE PRECISION UTILE :

A....., le.....

Certifié complet, exact et sincère

Signature (et qualité du signataire)

Cette demande doit être renvoyée en recommandé avec demande d'avis de réception ou remise contre décharge à :
DIRECTION DEPARTEMENTALE (ou REGIONALE) DES FINANCES PUBLIQUES
A L'ATTENTION DU CORRESPONDANT AUX ENTREPRISES NOUVELLES
(ADRESSE)