

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

| | | |
|--|--|---|
| 10 | Date JJMM/AAAA OBSERVATIONS : | |
| 11 | ADRESSE de correspondance <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° <input type="checkbox"/> Autre : Code postal JJJJJ Commune _____ Tél. _____ Tél. _____ Télécopie / courriel _____ | |
| 12 | Les informations sont transmises aux organismes destinataires pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données. (Cf. annexe aux notices) Concernant l'agent commercial personne physique : <input type="checkbox"/> Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice). | |
| Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'Insee, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. | | |
| 13 | <input type="checkbox"/> LE DÉCLARANT <i>Désigné au cadre 2A</i> <input type="checkbox"/> LE REPRÉSENTANT LÉGAL <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i> Nom, prénom/ dénomination et adresse _____ Code postal JJJJJ Commune _____ | Certifie l'exactitude des renseignements donnés. Fait à _____ Le JJMM/AAAA _____ Intercalaire PEIRL PL/AC : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre : _____ |
| | | SIGNATURE Signer chaque feuillet séparément |