

N° d'inscription à l'Ordre : _____

Date de l'inscription au tableau : ____ / ____ / ____

Formulaire de Demande d'inscription Société de Participation Financière des Professions Libérales au Tableau de l'Ordre national des infirmiers

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

- Forme juridique de la société : Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée (SELARL)
 Société d'Exercice Libéral à Forme Anonyme (SELAFA)
 Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiées (SELAS)
 Société d'Exercice Libéral en Commandite par Actions (SELCA)

Dénomination sociale : _____

N° SIRET : _____*

N° Registre du commerce : _____*

Adresse du siège social :

N° : _____ Voie : _____

Code postal :

Ville :

Téléphone : _____ Portable : _____

Fax : _____ Courriel : _____

(facultatif) Ecrire lisiblement

*** Uniquement pour les sociétés déjà immatriculées**

2. LES ASSOCIÉS

Associés exerçant :

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Le cas échéant n° inscription au tableau de l'Ordre _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Le cas échéant n° inscription au tableau de l'Ordre _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Le cas échéant n° inscription au tableau de l'Ordre _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Le cas échéant n° inscription au tableau de l'Ordre _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

TOTAL : _____

Associés non exerçant¹ :

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____ (infirmier, société, retraité, ayant-droit, autres : *précisez*)

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____ (infirmier, société, retraité, ayant-droit, autres : *précisez*)

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____ (infirmier, société, retraité, ayant-droit, autres : *précisez*)

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

TOTAL : _____

¹ Peuvent être associés non exerçant au sein de la SEL, les personnes listées aux articles 5 et 6 de la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 applicable jusqu'au 31 août 2024, et aux articles 47 et 69 de l'ordonnance n° 2023-77 du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées, applicable à compter du 1er septembre 2024.

3. SOCIÉTÉS D'EXERCICE LIBÉRAL CIBLES ET LEURS ASSOCIÉS²

1) Société d'exercice libéral cible

Forme juridique : SELARL SELAFA SELCA SELAS

Raison sociale ou Dénomination : _____

N° d'inscription au tableau de l'Ordre : _____

N° SIRET : _____

N° Registre du commerce : _____

Adresse du siège social : _____

Nombre de parts de la SPFPL dans le capital de la SEL : _____

Montant de la participation dans le capital : _____

2) Société d'exercice libéral cible

Forme juridique : SELARL SELAFA SELCA SELAS

Raison sociale ou Dénomination : _____

N° d'inscription au tableau de l'Ordre : _____

N° SIRET : _____

N° Registre du commerce : _____

Adresse du siège social : _____

Nombre de parts de la SPFPL dans le capital de la SEL : _____

Montant de la participation dans le capital : _____

² Il ressort de l'article 31-1 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, que les SPFPL peuvent être associées de plusieurs SEL.

3) Société d'exercice libéral cible

Forme juridique :

Raison sociale ou Dénomination : _____

N° d'inscription au tableau de l'Ordre : _____

N° SIRET : _____

N° Registre du commerce : _____

Adresse du siège social : _____

Nombre de parts de la SPFPL dans le capital de la SEL : _____

Montant de la participation dans le capital : _____

Représentant légal ou mandataire commun :

Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : _____ (infirmier, société, autre)

En cas de SEL et/ou d'associés supplémentaires merci d'indiquer les renseignements sur papier libre joint au présent formulaire.

Je soussigné(e)..... certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées dans la présente demande.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du représentant légal

PIÈCES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION D'UNE SOCIÉTÉ DE PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PROFESSIONS LIBÉRALES AU TABLEAU DE L'ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS

Le dossier de demande doit être adressé complet, sous peine d'irrecevabilité, par lettre recommandée avec AR, ou remis sur place contre récépissé, au Conseil (inter)départemental de l'Ordre sur le territoire duquel sera installé le siège de la société. Il est accompagné du formulaire joint de des documents justificatifs suivants :

- Un exemplaire des statuts.
- Un exemplaire de toute convention relative au fonctionnement de la SPFPL ou aux rapports entre associés.
- Pour chacune des sociétés d'exercice libéral cibles une preuve de l'inscription au tableau de l'Ordre et un exemplaire des statuts.
- Une attestation du greffier du tribunal de commerce, constatant le dépôt au greffe d'une demande d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés et des pièces nécessaires à cet effet.
- Un chèque d'un montant de 170 euros à l'ordre de « Ordre national des infirmiers ».
 - a) la nature et l'évaluation distincte de chacun des apports au capital social effectués par eux.
 - b) le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales ou actions représentatives de ce capital social.
 - c) L'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports concourant à la formation du capital social.
- Un chèque d'un montant de 170 euros à l'ordre de « Ordre national des infirmiers ».

Toutes modifications des statuts, du règlement intérieur ou de l'acte constitutif de la société intervenant au cours de la présente procédure doivent faire l'objet d'une information sans délai auprès du Conseil (inter)départemental de l'Ordre. Les modifications effectuées après l'inscription devront être transmises dans le délai d'un mois.

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par le Conseil (inter)départemental de l'Ordre des infirmiers aux fins de l'inscription au tableau en vertu des dispositions du Code de la santé publique. Pour toute information complémentaire sur le traitement de vos données personnelles, vous pouvez contacter votre Conseil (inter)départemental d'inscription.

Les données du formulaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, si une des données demandées ne l'est pas, la demande d'inscription ne pourra pas être instruite.

Les données collectées sont communiquées aux services de l'Ordre des infirmiers dans la limite de leur attribution et aux fins de la gestion de votre dossier d'inscription au tableau de l'Ordre, ainsi qu'aux tiers institutionnels.

Les données du formulaire peuvent être utilisées par l'Ordre pour vous adresser des informations générales relatives aux missions de l'Ordre. Si vous souhaitez recevoir ces informations, veuillez cocher la case suivante

Conformément à la réglementation relative aux données à caractère personnelles (Règlement RGPD 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi Informatique et Libertés modifiée de 1978), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données personnelles. Vous pouvez adresser votre demande auprès de votre Conseil (inter)départemental.

Si vous estimez, après avoir contacté l'Ordre, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés.