



FORMULAIRE DE RECEPTION DES RECLAMATIONS CONTENTIEUSES, DEMANDES DE SURSIS DE PAIEMENT

1 - NOM / RAISON SOCIALE DU CONTRIBUABLE : -----

SIGLE : ----- NIU : -----

BP. : ----- TEL. : ----- SERVICE GESTIONNAIRE : -----

MANDATAIRE (conseil fiscal) : -----

2 - OBJET DE LA DEMANDE

Recours contentieux Sursis de paiement

PROCEDURE A L'ORIGINE DES IMPOSITIONS

VG CSP CP/VP TO Déclaration préremplie AMR reliquataire Autres

3 - IMPOSITIONS EMISES

Principal (Droits simples) : ----- Pénalités : -----

Int. Retard : ----- Total : -----

AMR N° ----- du -----

4 - PHASES DE RECLAMATION

Phase 1 CRI 1
 DGE
 DGI

Phase 2 MINFI

Si phase 2 DEGREVEMENTS ANTERIEURS (le cas échéant)

Principal (Droits simples) : ----- Pénalités : -----

Int. Retard : ----- Total : -----

5 - MONTANT DE LA CONTESTATION

Principal (Droits simples) : ----- Pénalités : -----

Int. Retard : ----- Total : -----

6 - PAIEMENTS EFFECTUES

Principal (Droits simples) : ----- Pénalités : -----

Int. Retard : ----- Total : -----

% montant AMR : -----

7-PIECES JOINTES AU DOSSIER

Notification de redressement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AMR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Observations du contribuable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Décision recours précédent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lettre de réponse aux observations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Justificatifs annoncés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

8 - ELEMENTS D'INSTRUCTION

Contentieux

Demande timbrée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>									
Date AMR / Connaissance imposition	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Date butoire de contestation :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date du dépôt de la requête :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paiement partie non contestée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>									
Recours recevable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>									
Transaction sollicitée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>									

Sursis de paiement

Recours introduit :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Caution payée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Demande recevable :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

9 - SITUATION FISCALE DU CONTRIBUABLE

Contribuable à jour de ses obligations déclaratives : Oui Non Si non date dernière déclaration : -----
Contribuable à jour de ses obligations de paiements : Oui Non Si non montant des arriérés : -----

SIGNATURE DU CONTRIBUABLE

SIGNATURE DU S.O

10 - CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Motifs de la contestation

Faits matériels : Oui Non Question de droit Oui Non

Traitement de la réclamation

Séance de travail nécessaire : Oui Non

Si oui, date probable de la réunion (07 jours) à compter du :

Délai de la réponse

Délai légal de réponse de l'administration :

Date de réponse effective :

VISA DE L'INSPECTEUR AYANT
RECEPTIONNE LE DOSSIER

NB.: - Cette fiche doit être jointe de façon permanente au dossier contentieux;

- Un accusé de réception est systématiquement adressé le lendemain au requérant indiquant la recevabilité ou non de son dossier et la date estimée de la réponse de l'administration, avec copie au service du recouvrement.