**Mandat / Double imposition des droits d’auteur**

**Nom**: ------------------------------------------------------------------------

**Adresse**: -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tél. :** ............................................................. **E-mail :** ..............................................................................

**Portable**: ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les sommes de droit d’auteur que nous versons pour l’exploitation de vos œuvres sont susceptibles, dans un certain nombre de cas, de subir deux impositions : en France à un taux forfaitaire et en Belgique au taux qui vous est applicable. Pour éviter cette double imposition, vous devez nous faire parvenir une fois par an un formulaire « 5000-5003 » visé par le contrôleur fiscal dont vous dépendez que nous devons transmettre à l’administration fiscale française.

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous charger d’effectuer cette démarche à votre place en nous confiant, par un mandat repris ci-dessous, la gestion de cette obligation administrative.

**Les coordonnées de l’administration fiscale belge en charge de mon dossier sont les suivantes :**

(1) Les coordonnées de l’administration fiscale en charge de ce dossier sont indiquées sur votre déclaration fiscale.

**À défaut d’indiquer ces coordonnées, nous ne pouvons exécuter ce mandat.**

**A.F.E.R - Bureau central de**

**Taxation de la commune de : ...........................................................................**

**Mon numéro national : ...........................................................................**

Je donne par la présente, mandat à la SACD, ce que cette société accepte, d’entreprendre toute démarche auprès des administrations fiscales en vue de compléter le document 5000-5003 lié à la perception de mes droits d’auteur provenant de la SACD. Cela comporte la mission de compléter et signer en mon nom ce document, de le faire compléter par lesdites administrations et d’assurer le suivi de la procédure.

J’informerai la SACD des éventuels changements de coordonnées de l’administration dont je dépends, dans les plus brefs délais, afin de lui permettre d’assurer sa mission définie par le présent mandat.

Ce mandat est conclu pour une durée indéterminée et peut être dénoncé à tout moment par l’une ou l’autre des parties moyennant un préavis de 30 jours. La SACD ne peut être tenue pour responsable du retard ou du refus de l’administration.

**Date**

**Nom et signature** (la faire précéder de la mention **« Bon pour pouvoir »**)