M4

Imprimer

Réinitialiser

cerfa

N° 11685*02

DÉCLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : _____ ❒ AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE _____ |_|_|_|

Dénomination _____ Forme juridique _____

SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES *(rés., bât., n°, voie, lieu-dit)*

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

3 **PRÉSENCE DE SALARIÉS** dans l'entreprise au moment de la radiation ❒ oui ❒ non

2 bis DATE |_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ **Clôture de la liquidation**

❒ **Réalisation du transfert de patrimoine** (réunion des parts sociales dans une même main)

❒ **Fusion** ❒ **Scission**

❒ **Autre**

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)

4 **Adresse :** Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

5 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

6 **OBSERVATIONS :**

7 **Adresse de correspondance :** Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Fax/mèl _____

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE 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.

8 ❒ **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** *nom, prénom/dénomination et adresse*

❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

❒ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Nombre d'intercalaire(s) M' : _____

SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

M4

Imprimer

Réinitialiser

cerfa

N° 11685*02

DÉCLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : _____ ❒ AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE _____ |_|_|_|

Dénomination _____ Forme juridique _____

SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES *(rés., bât., n°, voie, lieu-dit)*

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

3

2 bis DATE |_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ **Clôture de la liquidation**

❒ **Réalisation du transfert de patrimoine** (réunion des parts sociales dans une même main)

❒ **Fusion** ❒ **Scission**

❒ **Autre**

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)

4 **Adresse :** Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

5

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

6 **OBSERVATIONS :**

7 **Adresse de correspondance :** Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Fax/mèl _____

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE 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.

8 ❒ **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** *nom, prénom/dénomination et adresse*

❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

❒ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Nombre d'intercalaire(s) M' : _____

SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

M4

Imprimer

Réinitialiser

cerfa

N° 11685*02

DÉCLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1

N° UNIQUE D'IDENTIFICATION |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : _____ ❒ AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE _____ |_|_|_|

Dénomination _____ Forme juridique _____

SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES *(rés., bât., n°, voie, lieu-dit)*

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2

DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

3

2 bis

DATE |_|_|_|_|_|_|_|_|

❒ **Clôture de la liquidation**

❒ **Réalisation du transfert de patrimoine** (réunion des parts sociales dans une même main)

❒ **Fusion** ❒ **Scission**

❒ **Autre**

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)

4

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

5

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

6

OBSERVATIONS :

7

Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Fax/mèl _____

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE 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.

8

❒ **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** *nom, prénom/dénomination et adresse*

❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

❒ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Nombre d'intercalaire(s) M' : _____

SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.