

DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE M G U I D B E F H J K T

PERSONNE MORALE

La fermeture d'établissement relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé M2.

Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

<p>1 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____</p> <p><input type="checkbox"/> AU RM DANS LE DEPT. DE _____ <input type="text"/></p> <p>2 Désignation du centre des impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA _____</p>	<p>3 DENOMINATION _____</p> <p>Forme juridique _____</p> <p>SIÈGE pour les sociétés françaises / PREMIER ETABLISSEMENT en France d'une société étrangère : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____</p> <p>Code postal <input type="text"/> Commune _____</p> <p>Si contrat de domiciliation : Nom de l'entreprise domiciliataire _____</p>
--	---

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

<p>4 DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE : <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ambulat, joindre la carte d'ambulant.</p> <p>5 PRESENCE DE SALARIES dans l'entreprise au moment de la radiation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>4 bis DISSOLUTION :</p> <p>Clôture de la liquidation : Date <input type="text"/></p> <p>Réalisation du transfert de patrimoine <i>réunion des parts sociales dans une même main</i> : Date <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Fusion <input type="checkbox"/> Scission Date de dissolution - disparition : <input type="text"/></p>
---	---

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - Suite sur intercalaire(s) M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANEMENT FERME(S) DANS LE MEME GREFFE

<p>rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____</p> <p>Code postal <input type="text"/> Commune _____</p> <p>Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____</p>	<p>rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____</p> <p>Code postal <input type="text"/> Commune _____</p> <p>Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____</p>
--	--

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS- Suite sur intercalaire(s) M'

<p>7 NOM DE NAISSANCE _____</p> <p>Nom d'usage _____</p> <p>Prénoms _____ Né(e) le <input type="text"/></p> <p>Dépt. <input type="text"/> Commune / Pays <i>si à l'étranger</i> _____</p> <p>Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. <input type="text"/></p> <p>Caisse de retraite _____</p>	<p>NOM DE NAISSANCE _____</p> <p>Nom d'usage _____</p> <p>Prénoms _____ Né(e) le <input type="text"/></p> <p>Dépt. <input type="text"/> Commune / Pays <i>si à l'étranger</i> _____</p> <p>Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. <input type="text"/></p> <p>Caisse de retraite _____</p>
---	--

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

8 OBSERVATIONS :

<p>9 Adresse de correspondance Rés., bât., n°, voie, lieudit _____</p> <p>Code Postal <input type="text"/> Commune _____</p>	<p>Téléphone(s) _____</p> <p>Fax/e-mail _____</p>
---	---

10 La présente demande constitue déclaration de radiation au RCS, au RM, au REB 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.

<p><input type="checkbox"/> LE REPRESENTANT LEGAL <i>nom, prénom / dénomination et adresse</i></p> <p><input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i></p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE <i>justifiant d'un intérêt</i></p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés</p> <p>Fait à _____</p> <p>le _____</p> <p>Nombre d'intercalaire(s) M' _____</p>	<p>SIGNATURE</p> <p>_____ _____ _____</p> <p><i>Signer chaque feuillet séparément.</i></p>
---	---	---