

DECLARATION DE RADIATION

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

PERSONNE PHYSIQUE

*Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France.
La fermeture d'établissements relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé P2*

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 Si vous êtes : <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Forain</p> <p>Joindre à la demande la carte d'ambulant ou le livret spécial de circulation.</p>
<p>2 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 _____</p>	<p>3 Désignation du centre des Impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA : _____</p>
	<p>4 Nom des organismes de sécurité sociale :</p> <p>Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. <input type="text"/></p> <p>Caisse de retraite _____</p>

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

5 CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE :

Date de cessation : Cessation consécutive au décès de l'exploitant. Si cessation d'emploi de tout salarié, date :

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - suite sur intercalaire(s) P'

<p>6 ETABLISSEMENT PRINCIPAL :</p> <p>rés., bât., 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>6 bis AUTRE ETABLISSEMENT RELEVANT DU MEME GREFFE SIMULTANEMENT FERME :</p> <p>rés., bât., 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>
--	--

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

7 OBSERVATIONS :

8 Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit _____ Téléphone(s) _____

Code Postal Commune _____ Fax / e-mail _____

9 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 inexacts ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

- LE DECLARANT *Désigné au cadre 2* **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) P'

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.