



N° 11685*02

DÉCLARATION DE RADIATION

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

PERSONNE MORALE

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 1^{er} 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.

2 bis **Clôture de la liquidation**
 Réalisation du transfert de patrimoine (réunion des parts sociales dans une même main)
 Fusion **Scission**
 Autre

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

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.

DÉCLARATION DE RADIATION

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

PERSONNE MORALE

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1	N° UNIQUE D'IDENTIFICATION [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	<input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : _____	<input type="checkbox"/> AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE _____ [] [] [] []
	Dénomination _____	Forme juridique _____	

SIÈGE OU 1^{er} 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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	2 DATE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	<input type="checkbox"/> Ambulant, joindre la carte d'ambulant.	<input type="checkbox"/> Clôture de la liquidation	<input type="checkbox"/> Réalisation du transfert de patrimoine (réunion des parts sociales dans une même main)
3		<input type="checkbox"/> Fusion	<input type="checkbox"/> Scission
		<input type="checkbox"/> 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 _____	Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
	Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____	Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____
	Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____	Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> 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 _____	Tél _____ Tél _____
	Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____	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	<input type="checkbox"/> LE REPRÉSENTANT LÉGAL _____ <i>nom, prénom/dénomination et adresse</i>	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le _____ Nombre d'intercalaire(s) M' : _____	SIGNATURE
	<input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i>		
	<input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE <i>justifiant d'un intérêt</i>		

