M0 SAS

cerfa 13959*05

DECLARATION DE CREATION D'UNE SOCIETE OU AUTRE PERSONNE MORALE

SAS, SA, SNC, SELAFA, SELAS, Commandite et société commerciale étrangère

ATTENTION pour la constitution d'une SARL, SELARL, société civile, société ayant une activité principale agricole, GIE/GEIE, prendre un imprimé M0 spécifique ou G0

Imprimer | Réinitialiser

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

Déclaration n° _____
Reçue le _____
Transmise le _____

1

☐ **CONSTITUTION D'UNE SOCIETE COMMERCIALE** ☐ LA SOCIETE EST CONSTITUEE SANS EXERCER L'ACTIVITE
☐ **SOCIETE COMMERCIALE ETRANGERE :** ☐ OUVERTURE DU PREMIER ETABLISSEMENT EN FRANCE ☐ ACTIVITE AMBULANTE d'une société de l'Espace Economique Européen (EEE)
☐ **CONSTITUTION D'UNE AUTRE PERSONNE MORALE DONT L'IMMATRICULATION EST PREVUE PAR UN TEXTE**

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2

DENOMINATION _____
Sigle _____
Forme juridique _____
☐ **SAS** constituée d'un associé unique, l'associé unique en est le président ☐ oui
Durée de la personne morale _____
Capital, *montant, unité monétaire* : _____ Si capital variable, *minimum* : _____
☐ **Adhésion de la société aux principes de l'économie sociale et solidaire (ESS)** *(cf. notice).*
Date de clôture de l'exercice social |_|_|_|_| Le cas échéant, du 1er exercice : |_|_|_|_|_|_|_|_|

3

PRINCIPALE(S) ACTIVITE(S) parmi celles énumérées dans l'objet social :
_____
_____
_____

4

☐ **La société résulte d'une fusion / scission :** indiquer les personnes morales qui ont participé à l'opération sur l'intercalaire M0'

5

☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN :** Indiquer ces établissements sur l'intercalaire M0'

6

ADRESSE DU SIEGE *(Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu dit)* _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne Commune _____
Préciser si le siège est fixé :
☐ **Au domicile du représentant légal dans le cadre de la domiciliation provisoire**
☐ **Dans une entreprise de domiciliation :** N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire _____

7

SOCIETES COMMERCIALES ETRANGERES
Registre public du siège à l'étranger :
Lieu et pays _____
N° d'immatriculation _____
Adresse de l'établissement en France : *Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit* _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Marché principal où s'exerce l'activité ambulante (société de l'EEE) :
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

8

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe *sinon remplir imprimé M2*
*(*Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

9

NOM COMMERCIAL _____
ENSEIGNE _____

10

DATE DE DEBUT D'ACTIVITE |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Ambulant
Activité principale exercée dans l'établissement : _____
_____
Autre(s) activité(s) : _____
_____

Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case s'il s'agit de :

☐ Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²) ☐ Commerce de détail sur marché
☐ Commerce de détail sur Internet ☐ Fabrication, production ☐ Bâtiment, travaux publics
☐ Commerce de gros ☐ Autre *précisez* _____

11

ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE

ORIGINE DE L'ACTIVITE LIBERALE ☐ Création, passer au cadre 12 ☐ Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL ☐ Création, passer au cadre12 ☐ Achat ☐ Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Journal d'Annonces Légales : date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du journal : _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
☐ **Location–gérance** ☐ **Gérance–mandat** ☐ **Autre** _____
Dates du contrat : début |_|_|_|_|_|_|_|_| fin |_|_|_|_|_|_|_|_|
Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non
Loueur du fonds ou Mandant du fonds
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Pour la gérance–mandat N° unique d'identification du mandant |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Greffe d'immatriculation _____

12

EFFECTIF SALARIE : ☐ non ☐ oui, nombre _____ dont : _____ apprentis
La société embauche un premier salarié ☐ oui ☐ non

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.

DECLARATION RELATIVE AU REPRESENTANT LEGAL ET AUTRES PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, Y COMPRIS LES ASSOCIES INDEFINIMENT ET SOLIDAIREMENT RESPONSABLES ET PERSONNES AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA SOCIETE

Suite sur intercalaire(s) MO'

Pour les personnes morales soumises à l'obligation de désigner un représentant, compléter la rubrique spécifique de l'imprimé M0'
Pour les personnes relevant du régime des travailleurs non salariés, compléter par le volet social TNS (SNC, société en commandite...)

13
QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

14
QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

15
QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

16
QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

17
QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

18
QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

OPTION(S) FISCALE(S)

19
Bénéfices Non Commerciaux (BNC) ☐ Déclaration contrôlée **Bénéfices Industiels et Commerciaux (BIC)** ☐ Réel simplifié ☐ Réel normal **Impôt sur les Sociétés (IS)** ☐ Réel simplifié ☐ Réel normal

OPTIONS PARTICULIERES : ☐ Assujettissement à l'IS (SNC, commandite simple) ☐ Régime des sociétés de personnes (SA, SAS, SELAFA, SELAS)

T.V.A : ☐ Franchise en base ☐ Réel simplifié ☐ Mini-réel ☐ Réel normal
☐ Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.
☐ Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable
☐ Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 € / an

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20 **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)** ☐ Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, remplir l'imprimé spécifique **pour chaque bénéficiaire**

21 **OBSERVATIONS :** _____

22 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° ___ ☐ Autre _____
_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au RSAC, 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.

23
☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** *Déclaré au cadre n°* ___
☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
nom, prénom / dénomination et adresse _____
_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____ Le _____
Nombre d'intercalaire(s) M0' : ___ de volet(s) TNS : ___
Nombre d'imprimé(s) ACCRE : ___ Nombre d'intercalaire JQPA : ___

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

M0 SAS

cerfa 13959*05

DECLARATION DE CREATION D'UNE SOCIETE OU AUTRE PERSONNE MORALE

SAS, SA, SNC, SELAFA, SELAS, Commandite et société commerciale étrangère

ATTENTION pour la constitution d'une SARL, SELARL, société civile, société ayant une activité principale agricole, GIE/GEIE, prendre un imprimé M0 spécifique ou G0

Imprimer | Réinitialiser

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

Déclaration n° _____
Reçue le _____
Transmise le _____

1

☐ **CONSTITUTION D'UNE SOCIETE COMMERCIALE** ☐ LA SOCIETE EST CONSTITUEE SANS EXERCER L'ACTIVITE
☐ **SOCIETE COMMERCIALE ETRANGERE :** ☐ OUVERTURE DU PREMIER ETABLISSEMENT EN FRANCE ☐ ACTIVITE AMBULANTE d'une société de l'Espace Economique Européen (EEE)
☐ **CONSTITUTION D'UNE AUTRE PERSONNE MORALE DONT L'IMMATRICULATION EST PREVUE PAR UN TEXTE**

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2

DENOMINATION _____
Sigle _____
Forme juridique _____
☐ **SAS** constituée d'un associé unique, l'associé unique en est le président ☐ oui
Durée de la personne morale _____
Capital, *montant, unité monétaire* : _____ Si capital variable, *minimum* : _____
☐ **Adhésion de la société aux principes de l'économie sociale et solidaire (ESS)** *(cf. notice).*
Date de clôture de l'exercice social |_|_|_|_| Le cas échéant, du 1er exercice : |_|_|_|_|_|_|_|_|

3

PRINCIPALE(S) ACTIVITE(S) parmi celles énumérées dans l'objet social :
_____
_____
_____

4

☐ **La société résulte d'une fusion / scission :** indiquer les personnes morales qui ont participé à l'opération sur l'intercalaire M0'

5

☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN :** Indiquer ces établissements sur l'intercalaire M0'

6

ADRESSE DU SIEGE *(Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu dit)* _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne Commune _____
Préciser si le siège est fixé :
☐ **Au domicile du représentant légal dans le cadre de la domiciliation provisoire**
☐ **Dans une entreprise de domiciliation :** N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du domiciliataire _____

7

SOCIETES COMMERCIALES ETRANGERES
Registre public du siège à l'étranger :
Lieu et pays _____
N° d'immatriculation _____
Adresse de l'établissement en France : *Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit* _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Marché principal où s'exerce l'activité ambulante (société de l'EEE) :
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

8

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe *sinon remplir imprimé M2*
*(*Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

9

NOM COMMERCIAL _____
ENSEIGNE _____

10

DATE DE DEBUT D'ACTIVITE |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Ambulant
Activité principale exercée dans l'établissement : _____
_____
Autre(s) activité(s) : _____
_____

11

ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DEL'ACTIVITE

ORIGINE DE L'ACTIVITE LIBERALE ☐ Création, passer au cadre 12 ☐ Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL ☐ Création, passer au cadre12 ☐ Achat ☐ Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Journal d'Annonces Légales : date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom du journal : _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
☐ **Location–gérance** ☐ **Gérance–mandat** ☐ **Autre** _____
Dates du contrat : début |_|_|_|_|_|_|_|_| fin |_|_|_|_|_|_|_|_|
Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non
Loueur du fonds ou Mandant du fonds
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Pour la gérance–mandat N° unique d'identification du mandant |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Greffe d'immatriculation _____

12

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.

DECLARATION RELATIVE AU REPRESENTANT LEGAL ET AUTRES PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, Y COMPRIS LES ASSOCIES INDEFINIMENT ET SOLIDAIREMENT RESPONSABLES ET PERSONNES AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA SOCIETE

Suite sur intercalaire(s) MO'

Pour les personnes morales soumises à l'obligation de désigner un représentant, compléter la rubrique spécifique de l'imprimé M0'
Pour les personnes relevant du régime des travailleurs non salariés, compléter par le volet social TNS (SNC, société en commandite...)

13

QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

14

QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

15

QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

16

QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

17

QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

18

QUALITE _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____
Domicile / Siège _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
POUR UNE PERSONNE MORALE forme juridique _____
Lieu et N° d'immatriculation _____

OPTION(S) FISCALE(S)

19

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20

21 **OBSERVATIONS :** _____

22 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° ___ ☐ Autre _____
_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au RSAC, 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.

23

☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** *Déclaré au cadre n°* ___
☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
nom, prénom / dénomination et adresse _____
_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____ Le _____
Nombre d'intercalaire(s) M0' : ___ de volet(s) TNS : ___
Nombre d'imprimé(s) ACCRE : ___ Nombre d'intercalaire JQPA : ___

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.