

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

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

Forme juridique _____

Code postal _____ Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ

 Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

DATE _____

 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