

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 21, 22 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement

- 1 Dénomination, forme juridique, capital Prise d'activité d'une société créée sans activité Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
 Transfert de siège Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
 Reprise d'activité Dissolution : avec poursuite d'activité sans poursuite d'activité GIE-GEIE Autre _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** _____
 IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____
 au RM DANS LE DEPT DE _____
 Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
Dénomination / Sigle _____
 Forme juridique _____
 Siège ou **1^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères :**
 Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____
 Le cas échéant, ancienne commune _____

- 3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société oui non

Date DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

- 4 _____ **DENOMINATION** _____
 _____ Sigle _____
 _____ **Forme juridique** _____
 Société réduite à un associé unique
 _____ **Durée de la personne morale** _____ an(s)
 _____ Date de clôture de l'exercice social _____ jour, mois
- 5 _____ **Capital** : montant, *unité monétaire* _____
 Si capital variable : *Montant minimum* _____
 Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
 Reconstitution des capitaux propres
- 6 _____ Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS
 _____ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS
- 7 _____ **FUSION** **SCISSION** Cette opération entraîne une augmentation de capital.
 Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'
- 8 _____ **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE**
- 9 _____ **DISSOLUTION** Préciser si : Cessation de l'activité Poursuite de l'activité
Indiquer le liquidateur au cadre 19A sauf pour une transmission universelle du patrimoine
 Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12
 Nom du support d'annonces légales _____ Date de parution _____
 Adresse de liquidation : Siège Adresse du liquidateur Autre _____
 Transmission universelle du patrimoine
- 10 _____ **RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

- 11 Cette demande concerne : **OUVERTURE** **FERMETURE** **MODIFICATION** **TRANSFERT** **LOCATION-GERANCE** **GERANCE-MANDAT**

Date ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

- 12 _____ **ANCIEN ETABLISSEMENT** : Siège Siège-Etablissement principal
 Etablissement principal Secondaire Premier établissement en France d'une société étrangère
Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente du cadre 2) _____
 _____ Code postal _____ Commune _____
 Le cas échéant, ancienne commune _____
POUR UN TRANSFERT : **Destination** Vendu Fermé Autre _____
 Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est :
 Siège Principal Secondaire
POUR UNE FERMETURE : **Destination** Supprimé Vendu Autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____ Suite sur intercalaire M'

Date ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

- 13 _____ **Adresse** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 _____ Code postal _____ Commune _____
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : Siège Siège-Etablissement principal Etablissement principal Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
 Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____
 N° unique d'identification _____
 Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'
POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié Oui Non
POUR UN ETABLISSEMENT CREE : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers Oui Non

14 Permanente Saisonnière / Ambulante

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : _____

Indiquez la plus importante : _____

Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :

Fabrication, production Bâtiments, travaux publics Commerce de gros

Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²) Commerce de détail sur marché

Commerce de détail sur Internet Autre, préciser _____

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

Adjonction (ajout) d'activité

Suppression partielle d'activité par : Disparition Vente Reprise par le propriétaire

Autre, préciser _____

15 **NOM COMMERCIAL** _____

ENSEIGNE _____

16 **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé :** _____ Date d'embauche du 1^{er} salarié _____

Effectif salarié de l'entreprise _____ dont : _____ apprentis _____ VRP

17 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**

Création, passer au cadre suivant Reprise Achat Apport

Location-gérance Gérance-mandat Autre _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Support d'annonces légales : date de parution _____

Nom du support : _____

Location-gérance – Gérance-mandat

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 mandat _____

Greffe d'immatriculation _____

Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18 **ADRESSE :** rés., bât., n° voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Salariés présents oui non

MISE EN LOCATION-GERANCE Totalité du fonds Une partie du fonds, laquelle _____

Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination _____ Etablissement Principal Secondaire

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire _____ Greffe d'immatriculation / Département pour RM _____

Domicile / Siège : _____ Code postal _____ Commune _____

Date DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

19A **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Nouveau Partant remplir 19B

Modification situation personnelle Maintenu ancienne qualité _____

QUALITE _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____

Code postal _____ Commune _____

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3

19B **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité sociale _____

Date RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20 **OBSERVATIONS :** _____

21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____

Code postal _____ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, au RM 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.

22 **LE REPRESENTANT LEGAL** nom, prénom / dénomination et adresse _____

LE MANDATAIRE ayant procuration _____

AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt _____

Code postal _____ Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le _____

Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl _____ de volet(s) TNS _____

Nombre d'intercalaires JQPA _____ (justification de qualification professionnelle artisanale)

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.

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 21, 22 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement

- 1 Dénomination, forme juridique, capital Prise d'activité d'une société créée sans activité Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
 Transfert de siège Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
 Reprise d'activité Dissolution : avec poursuite d'activité sans poursuite d'activité GIE-GEIE Autre _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** _____
 IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____
 au RM DANS LE DEPT DE _____
 Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
- Dénomination / Sigle** _____
 Forme juridique _____
 Siège ou 1^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères :
 Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____
 Le cas échéant, ancienne commune _____

- 3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société oui non

Date DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

- 4 _____ **DENOMINATION** _____
 _____ Sigle _____
 _____ **Forme juridique** _____
 Société réduite à un associé unique
 _____ **Durée de la personne morale** _____ an(s)
 _____ Date de clôture de l'exercice social _____ jour, mois
- 5 _____ **Capital** : montant, unité monétaire _____
 Si capital variable : *Montant minimum* _____
 Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
 Reconstitution des capitaux propres
- 6 _____ Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS
 _____ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS
- 7 _____ **FUSION** **SCISSION** Cette opération entraîne une augmentation de capital.
 Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'
- 8 _____ **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE**
- 9 _____ **DISSOLUTION** Préciser si : Cessation de l'activité Poursuite de l'activité
Indiquer le liquidateur au cadre 19A sauf pour une transmission universelle du patrimoine
 Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12
 Nom du support d'annonces légales _____ Date de parution _____
 Adresse de liquidation : Siège Adresse du liquidateur Autre _____
 Transmission universelle du patrimoine
- 10 _____ **RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

- 11 Cette demande concerne : OUVERTURE FERMETURE MODIFICATION TRANSFERT LOCATION-GERANCE GERANCE-MANDAT

Date ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

- 12 _____ **ANCIEN ETABLISSEMENT** : Siège Siège-Etablissement principal
Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente du cadre 2) _____
 _____ Code postal _____ Commune _____
 Le cas échéant, ancienne commune _____
- POUR UN TRANSFERT : Destination** Vendu Fermé Autre _____
 Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est :
 Siège Principal Secondaire
POUR UNE FERMETURE : Destination Supprimé Vendu Autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____ Suite sur intercalaire M'

Date ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

- 13 _____ **Adresse** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 _____ Code postal _____ Commune _____
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : Siège Siège-Etablissement principal Etablissement principal Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
 Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____
 N° unique d'identification _____
 Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'
- POUR UN ETABLISSEMENT CREE** : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers Oui Non

14 Permanente Saisonnière / Ambulante

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : _____

Indiquez la plus importante : _____

Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :

Fabrication, production Bâtiments, travaux publics Commerce de gros

Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²) Commerce de détail sur marché

Commerce de détail sur Internet Autre, préciser _____

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

Adjonction (ajout) d'activité

Suppression partielle d'activité par : Disparition Vente Reprise par le propriétaire

Autre, préciser _____

15 **NOM COMMERCIAL** _____

ENSEIGNE _____

16 _____

17 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**

Création, passer au cadre suivant Reprise Achat Apport

Location-gérance Gérance-mandat Autre _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Support d'annonces légales : date de parution _____

Nom du support : _____

Location-gérance – Gérance-mandat

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 mandat _____

Greffe d'immatriculation _____

Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18 **ADRESSE :** rés., bât., n° voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Salariés présents oui non

MISE EN LOCATION-GERANCE Totalité du fonds Une partie du fonds, laquelle _____

Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination _____ Etablissement Principal Secondaire

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire _____ Greffe d'immatriculation / Département pour RM _____

Domicile / Siège : _____ Code postal _____ Commune _____

Date DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

19A **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Nouveau Partant remplir 19B

Modification situation personnelle Maintenu ancienne qualité _____

QUALITE _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____

Code postal _____ Commune _____

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3

19B **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique _____

Date RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20 **OBSERVATIONS :** _____

21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____

Code postal _____ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, au RM 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.

22 **LE REPRESENTANT LEGAL** nom, prénom / dénomination et adresse _____

LE MANDATAIRE ayant procuration _____

AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt _____

Code postal _____ Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le _____

Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl _____ de volet(s) TNS _____

Nombre d'intercalaires JQPA _____ (justification de qualification professionnelle artisanale)

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.