

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

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

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
 _____ Société à mission
 _____ N'est plus une société à mission
- 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 mandant _____
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 _____
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**
 LE MANDATAIRE ayant procuration
 AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt
Nom, prénom / dénomination et adresse _____
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)
Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : _____

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.

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

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

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
 _____ Société à mission
 _____ N'est plus une société à mission
- 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 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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **ACTIVITE** 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 mandant [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
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 : _____ Tél _____ Tél _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____ 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**
 LE MANDATAIRE ayant procuration
 AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt
Nom, prénom / dénomination et adresse _____
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)
Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : []

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément