

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

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

