

DECLARATION DE RADIATION

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

PERSONNE MORALE

La fermeture d'établissement relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé M2.

Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____



RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION**

☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____

☐ AU RM DANS LE DEPT. DE

2 **Désignation du centre des impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA**

3 **DENOMINATION** _____

Forme juridique _____

SIEGE pour les sociétés françaises / PREMIER ETABLISSEMENT en France d'une société étrangère :
rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

Si contrat de domiciliation : Nom de l'entreprise domiciliataire _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

4 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE :**

☐ ambulant, joindre la carte d'ambulant.

5 **PRESENCE DE SALARIES** dans l'entreprise au moment de la radiation ☐ Oui ☐ Non

4 bis **DISSOLUTION :**
Clôture de la liquidation : Date

Réalisation du transfert de patrimoine *réunion des parts sociales dans une même main* : Date

☐ Fusion ☐ Scission **Date de dissolution - disparition :**

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - Suite sur intercalaire(s) M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIEGE ET SIMULTANEMENT FERME(S) DANS LE MEME GREFFE

6

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____ Code postal <input type="text"/> Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____	rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____ Code postal <input type="text"/> Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____
---	---

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS- Suite sur intercalaire(s) M'

7

NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le <input type="text"/> Dépt. <input type="text"/> Commune / Pays <i>si à l'étranger</i> _____ Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. <input type="text"/> Caisse de retraite _____	NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le <input type="text"/> Dépt. <input type="text"/> Commune / Pays <i>si à l'étranger</i> _____ Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. <input type="text"/> Caisse de retraite _____
--	--

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

8 **OBSERVATIONS :** _____

9 **Adresse de correspondance** Rés., bât., n°, voie, lieudit _____
Code Postal Commune _____

Téléphone(s) _____
Fax / e - mail _____

10 La présente demande constitue déclaration de radiation au RCS, au RM, au REB 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.

☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** *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

Signer chaque feuillet séparément.

DECLARATION DE RADIATION

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

PERSONNE MORALE

La fermeture d'établissement relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé M2.

Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION

☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____

☐ AU RM DANS LE DEPT. DE

3

DENOMINATION _____

Forme juridique _____

SIEGE pour les sociétés françaises / PREMIER ETABLISSEMENT en France d'une société étrangère :

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

Si contrat de domiciliation : Nom de l'entreprise domiciliataire _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

4 DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE :

☐ ambulant, joindre la carte d'ambulant.

4 bis

DISSOLUTION :

Clôture de la liquidation : Date

Réalisation du transfert de patrimoine réunion des parts sociales dans une même main : Date

☐ Fusion ☐ Scission Date de dissolution - disparition :

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - Suite sur intercalaire(s) M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIEGE ET SIMULTANEMENT FERME(S) DANS LE MEME GREFFE

6 rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS- Suite sur intercalaire(s) M'

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

8 OBSERVATIONS :

9 Adresse de correspondance Rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code Postal Commune _____

Téléphone(s) _____

Fax/e-mail _____

10 La présente demande déclaration de radiation au RCS, au RM, au REB 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.

☐ LE REPRESENTANT LEGAL 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

Signer chaque feuillet séparément.

DECLARATION DE RADIATION

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

PERSONNE MORALE

La fermeture d'établissement relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé M2.

Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION

☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____

☐ AU RM DANS LE DEPT. DE

3

DENOMINATION _____

Forme juridique _____

SIEGE pour les sociétés françaises / PREMIER ETABLISSEMENT en France d'une société étrangère :

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

Si contrat de domiciliation : Nom de l'entreprise domiciliataire _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

4 DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE :

☐ ambulant, joindre la carte d'ambulant.

4
bis

DISSOLUTION :

Clôture de la liquidation : Date

Réalisation du transfert de patrimoine réunion des parts sociales dans une même main : Date

☐ Fusion ☐ Scission Date de dissolution - disparition :

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - Suite sur intercalaire(s) M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIEGE ET SIMULTANEMENT FERME(S) DANS LE MEME GREFFE

6 rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS- Suite sur intercalaire(s) M'

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

8 OBSERVATIONS :

9 Adresse de correspondance Rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code Postal Commune _____

Téléphone(s) _____

Fax/e-mail _____

10 La présente demande déclaration de radiation au RCS, au RM, au REB 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.

☐ LE REPRESENTANT LEGAL *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

Signer chaque feuillet séparément.