

DECLARATION DE RADIATION

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

PERSONNE PHYSIQUE

*Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France.**La fermeture d'établissements relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé P2*Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1	N° UNIQUE D'IDENTIFICATION <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : _____ <input type="checkbox"/> AU RM DANS LE DEPT. DE <input type="text"/>
2	NOM DE NAISSANCE _____
	Nom d'usage _____
	Prénoms _____ Né(e) le <input type="text"/>
	Dépt. <input type="text"/> Commune/Pays _____

2 bis	Si vous êtes : <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Forain
	Joindre à la demande la carte d'ambulant ou le livret spécial de circulation.
3	
4	

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

5	CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE :
	Date de cessation : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Cessation consécutive au décès de l'exploitant.

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - suite sur intercalaire(s) P'

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

6 bis	AUTRE ETABLISSEMENT RELEVANT DU MEME GREFFE SIMULTANEMENT FERME :
	rés., bât., n°, voie, lieudit _____
	Code postal <input type="text"/> Commune _____
	Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

7	OBSERVATIONS :	
8	Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit _____	Téléphone(s) _____
	Code Postal <input type="text"/> Commune _____	Fax / e-mail _____
9	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 inexacts ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.	

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LE DECLARANT <i>Désigné au cadre 2</i> | nom, prénom /dénomination et adresse |
| <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i> | |
| <input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE <i>justifiant d'un intérêt</i> | |

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
le _____ Nombre d'intercalaire(s) P'

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.