

DÉCLARATION DE MODIFICATION

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

PERSONNE MORALE

- 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 _____

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

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 _____

- 3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ À ASSOCIÉ UNIQUE.** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société oui non

DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

- 4 **Date** _____
- DÉNOMINATION** _____
- _____ Sigle _____
- Forme juridique** _____
- Société réduite à un associé unique
- Durée de la personne morale** _____
- Date de clôture de l'exercice social _____
- 7 **FUSION** **SCISSION** Cette opération entraîne une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur intercalaire M'
- 8 **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ**
- 9 **DISSOLUTION**
- Indiquer le liquidateur au cadre 18 sauf pour une transmission universelle du patrimoine**
- Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 11
- Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution _____
- Adresse de liquidation : siège adresse du liquidateur Autre _____
- Transmission universelle du patrimoine
- 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 **RUPTURE ANTICIPÉE DU CONTRAT D'APPUI**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

- 10 Cette demande concerne : **OUVERTURE** **FERMETURE** **MODIFICATION** **TRANSFERT** **LOCATION-GÉRANCE** **GÉRANCE-MANDAT**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT TRANSFÉRÉ OU FERMÉ

- 11 **ANCIEN ÉTABLISSEMENT** : Siège Siège-Établissement principal
- Établissement principal Secondaire Premier établissement en France d'une société étrangère
- Adresse** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente de celle du cadre 2) _____
- _____ Code postal _____ 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'**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ OU MODIFIÉ

- 12 **ADRESSE** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
- _____ Code postal _____ Commune _____
- L'ÉTABLISSEMENT DEVIENT** : Siège Siège-Établissement principal Établissement principal Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
- Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____
- N° unique d'identification _____
- POUR UN ÉTABLISSEMENT MODIFIÉ** : Présence de salarié Oui Non
- POUR UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ** : 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
- Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre État membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le N° d'immatriculation sur l'intercalaire M'.

DÉCLARATION DE MODIFICATION

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

PERSONNE MORALE

- 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 _____

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

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 _____

- 3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ À ASSOCIÉ UNIQUE.** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société oui non

DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

- 4 **Date** _____
- DÉNOMINATION** _____
- _____ Sigle _____
- Forme juridique** _____
- Société réduite à un associé unique
- Durée de la personne morale** _____
- Date de clôture de l'exercice social _____
- 7 **FUSION** **SCISSION** Cette opération entraîne une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur intercalaire M'
- 8 **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ**
- 9 **DISSOLUTION**
- Indiquer le liquidateur au cadre 18 sauf pour une transmission universelle du patrimoine**
- Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 11
- Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution _____
- Adresse de liquidation : siège adresse du liquidateur Autre _____
- Transmission universelle du patrimoine
- 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 **RUPTURE ANTICIPÉE DU CONTRAT D'APPUI**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

- 10 Cette demande concerne : **OUVERTURE** **FERMETURE** **MODIFICATION** **TRANSFERT** **LOCATION-GÉRANCE** **GÉRANCE-MANDAT**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT TRANSFÉRÉ OU FERMÉ

- 11 **ANCIEN ÉTABLISSEMENT** : Siège Siège-Établissement principal
- Établissement principal Secondaire Premier établissement en France d'une société étrangère
- Adresse** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente de celle du cadre 2) _____
- _____ Code postal _____ 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'**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ OU MODIFIÉ

- 12 **ADRESSE** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
- _____ Code postal _____ Commune _____
- L'ÉTABLISSEMENT DEVIENT** : Siège Siège-Établissement principal Établissement 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 État membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le N° d'immatriculation sur l'intercalaire M'.
- POUR UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ** : 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

DÉCLARATION DE MODIFICATION

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

PERSONNE MORALE

- 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 _____

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

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 _____

- 3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ À ASSOCIÉ UNIQUE.** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société oui non

DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

- 4 **Date** _____
- DÉNOMINATION** _____
- _____ Sigle _____
- Forme juridique** _____
- Société réduite à un associé unique
- Durée de la personne morale** _____
- Date de clôture de l'exercice social _____
- 7 **FUSION** **SCISSION** Cette opération entraîne une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur intercalaire M'
- 8 **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ**
- 9 **DISSOLUTION**
- Indiquer le liquidateur au cadre 18 sauf pour une transmission universelle du patrimoine**
- Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 11
- Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution _____
- Adresse de liquidation : siège adresse du liquidateur Autre _____
- Transmission universelle du patrimoine
- 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 **RUPTURE ANTICIPÉE DU CONTRAT D'APPUI**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

- 10 Cette demande concerne : **OUVERTURE** **FERMETURE** **MODIFICATION** **TRANSFERT** **LOCATION-GÉRANCE** **GÉRANCE-MANDAT**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT TRANSFÉRÉ OU FERMÉ

- 11 **ANCIEN ÉTABLISSEMENT** : Siège Siège-Établissement principal
- Établissement principal Secondaire Premier établissement en France d'une société étrangère
- Adresse** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente de celle du cadre 2) _____
- _____ Code postal _____ 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'**

DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ OU MODIFIÉ

- 12 **ADRESSE** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
- _____ Code postal _____ Commune _____
- L'ÉTABLISSEMENT DEVIENT** : Siège Siège-Établissement principal Établissement 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 État membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le N° d'immatriculation sur l'intercalaire M'.
- POUR UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ** : 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

