

DECLARATION DE MODIFICATION

PERSONNE MORALE

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

Déclaration N°
 Reçue le
 Transmise le

1	<input type="checkbox"/> Dénomination, forme juridique, capital <input type="checkbox"/> Transfert de siège <input type="checkbox"/> Reprise d'activité	<input type="checkbox"/> Prise d'activité d'une société créée sans activité <input type="checkbox"/> Déclaration relative à un établissement : (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture) <input type="checkbox"/> Dissolution : <input type="checkbox"/> avec poursuite d'activité <input type="checkbox"/> sans poursuite d'activité	<input type="checkbox"/> Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil) <input type="checkbox"/> GIE-GEIE <input type="checkbox"/> Autre.....
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REmplir dans tous les cas les cadres n° 1, 2, 22, 23 et les mentions nouvelles ou modifiées en indiquant la date de l'événement

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2	N° UNIQUE D'IDENTIFICATION I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I	Dénomination / Sigle
	<input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE.....	Forme juridique.....
	<input type="checkbox"/> AU RM DANS LE DEPT DE..... I_ _ _ I	Siège ou 1 ^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères : rés., bât., n°, voie, lieu-dit
	Greffes du ou des immatriculation(s) secondaire(s).....	Code postal I_ _ _ I_ _ I Commune.....

UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE. L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société oui non

3	Date	DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE
4	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I DENOMINATION Sigle	7 I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I <input type="checkbox"/> FUSION <input type="checkbox"/> SCISSION Cette opération entraîne <input type="checkbox"/> une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'
	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I Forme juridique	8 I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ
	<input type="checkbox"/> Société réduite à un associé unique	9 I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I DISSOLUTION
	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I Durée de la personne morale I_ _ _ I	Indiquer le liquidateur au cadre 19 sauf pour une transmission universelle du patrimoine
	Date de clôture de l'exercice social I_ _ _ I_ _ I	Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 12
5	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I Capital : montant, unité monétaire..... Si capital variable : Montant minimum.....	Nom du journal d'annonces légales..... Date de parution I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I
	<input type="checkbox"/> Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social	Adresse de liquidation : <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> adresse du liquidateur <input type="checkbox"/> Autre.....
6	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I <input type="checkbox"/> Reconstitution des capitaux propres	<input type="checkbox"/> Transmission universelle du patrimoine
	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I <input type="checkbox"/> Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice)	10 I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I RUPTURE ANTICIPÉE DU CONTRAT D'APPUI
	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I <input type="checkbox"/> Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice)	

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11	Cette demande concerne : <input type="checkbox"/> OUVERTURE <input type="checkbox"/> FERMETURE <input type="checkbox"/> MODIFICATION <input type="checkbox"/> TRANSFERT <input type="checkbox"/> LOCATION-GERANCE <input type="checkbox"/> GERANCE-MANDAT	
	Date	
12	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME	
	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I ANCIEN ETABLISSEMENT : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Siège-Etablissement principal <input type="checkbox"/> Etablissement principal <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Premier établissement en France d'une société étrangère	POUR UN TRANSFERT : Destination <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Fermé <input type="checkbox"/> Autre..... Si maintien d'une activité, de ce fait, l'établissement est <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire
	Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente de celle du cadre 2)	
	Code postal I_ _ _ I_ _ I Commune.....	
	POUR UNE FERMETURE : Destination <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre..... Si cessation d'emploi de tout salarié : date I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I Suite sur intercalaire M'	
13	Date	
	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE	
	I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I ADRESSE : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit..... Code postal I_ _ _ I_ _ I Commune.....	
	L'ETABLISSEMENT DEVIENT : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Siège-Etablissement principal <input type="checkbox"/> Etablissement principal <input type="checkbox"/> Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)	
	<input type="checkbox"/> Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire.....	
	N° unique d'identification I_ _ _ _ _ I_ _ _ _ _ I	
	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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

14	ACTIVITÉ		<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière / <input type="checkbox"/> Ambulante Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement : Autre(s) activité(s)		17		ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ		
						<input type="checkbox"/> Création, passer au cadre suivant <input type="checkbox"/> Reprise <input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Apport <input type="checkbox"/> Location-gérance <input type="checkbox"/> Gérance-mandat <input type="checkbox"/> 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) Journal d'Annonces Légales : date de parution Nom du journal :			
						Location-gérance - Gérance-mandat Dates du contrat : début fin Renouvellement par tacite reconduction <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 :			
15	NOM COMMERCIAL								
		ENSEIGNE							
16	EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé : I I								
		Date d'embauche du 1 ^{er} salarié I							
		Effectif salarié de l'entreprise I I dont : I I apprentis I I VRP							
						FONDS DONNÉ EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT			
18	ADRESSE		rés., bât., n°, voie, lieu-dit.....		Code postal Commune		Salariés présents <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
						MISE EN LOCATION-GERANCE <input type="checkbox"/> Totalité du fonds <input type="checkbox"/> Une partie du fonds, laquelle Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms/ dénomination Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant- mandataire Greffe d'immatriculation / Département pour RM Domicile / Siège: Code postal Commune 			
						DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIES, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES		Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl	
19	POUR DECLARATION DE MODIFICATION		<input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Partant cadre 19 B <input type="checkbox"/> Modification de la situation personnelle <input type="checkbox"/> Maintenu ancienne qualité		Domicile / Siège Code postal Commune Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation <input type="checkbox"/> Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3				
						19B <input type="checkbox"/> PARTANT : Nom de naissance, nom d'usage, prénom / Dénomination, forme juridique Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale I			
20	AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)								
						RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
21	OBSERVATIONS :								
22	ADRESSE de correspondance		<input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° I I <input type="checkbox"/> Autre : Code postal Commune 		Tél. Tél. Télécopie / courriel :				
						Le présent document constitue une demande de modification au RCS, RM, le cas échéant, au REB 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.			
23	<input type="checkbox"/> LE REPRESENTANT LEGAL <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration <input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt		nom, prénom / dénomination et adresse		Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à Le Nombre d'intercalaire(s) M3 ou M3 sarl / selarl : Nombre d'intercalaire(s) M' : de volet(s) TNS : Nombre d'imprimé(s) ACCRE : Nombre d'intercalaire(s) JQPA :		SIGNATURE Déclaration N° Signer chaque feuillett séparément		

DECLARATION DE MODIFICATION

PERSONNE MORALE

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

Déclaration N°.....

Reçue le

Transmise le

- 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.....

REmplir dans tous les cas les cadres n° 1, 2, 22, 23 et les mentions nouvelles ou modifiées en indiquant la date de l'événement

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION </p> <p><input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE.....</p> <p><input type="checkbox"/> AU RM DANS LE DEPT DE..... </p> <p>Greffé(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s).....</p> | <p>Dénomination / Sigle.....</p> <p>Forme juridique.....</p> <p>Siège ou 1^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères : rés., bât., n°, voie, lieu-dit.....</p> <p>Code postal Commune.....</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 | <p>DENOMINATION.....
..... Sigle</p> | 7 <input type="checkbox"/> FUSION <input type="checkbox"/> SCISSION Cette opération entraîne une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M' |
| | <p>Forme juridique.....
<input type="checkbox"/> Société réduite à un associé unique</p> | 8 <input type="checkbox"/> MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ |
| | <p>Durée de la personne morale <input type="checkbox"/>.....
Date de clôture de l'exercice social <input type="checkbox"/>.....</p> | 9 <input type="checkbox"/> DISSOLUTION |
| 5 | <p>Capital : montant, unité monétaire.....
Si capital variable : Montant minimum.....</p> | Indiquer le liquidateur au cadre 19 sauf pour une transmission universelle du patrimoine
Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 12 |
| | <input type="checkbox"/> Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
<input type="checkbox"/> Reconstitution des capitaux propres | Nom du journal d'annonces légales..... Date de parution <input type="checkbox"/>
Adresse de liquidation : <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> adresse du liquidateur <input type="checkbox"/> Autre.....
<input type="checkbox"/> Transmission universelle du patrimoine |
| 6 | <input type="checkbox"/> Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice)
<input type="checkbox"/> Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice) | 10 <input type="checkbox"/> RUPTURE ANTICIPÉE 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

- 12** **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 aux instructions M'

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <p>13 _____ ADRESSE : rés., bâti., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....</p> <p>L'ETABLISSEMENT DEVIENT: <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Siège-Etablissement principal <input type="checkbox"/> Etablissement principal <input type="checkbox"/> Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire.....</p> | <p>Code postal _____ Commune.....</p> |
| <p>N° unique d'identification _____</p> | |
| <p>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'</p> | |
| <p>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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> | |

14	ACTIVITÉ Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement : Autre(s) activité(s)..... En cas de modification d'activité, elle résulte d'une : <input type="checkbox"/> Adjonction d'activité <input type="checkbox"/> Suppression partielle d'activité par : <input type="checkbox"/> Disparition <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Reprise par le propriétaire <input type="checkbox"/> Autre	17	ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE <input type="checkbox"/> Création, passer au cadre suivant <input type="checkbox"/> Reprise <input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Apport <input type="checkbox"/> Location-gérance <input type="checkbox"/> Gérance-mandat <input type="checkbox"/> 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) Journal d'Annonces Légales : date de parution Nom du journal : Location-gérance - Gérance-mandat Dates du contrat : début fin Renouvellement par tacite reconduction <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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.....
15	NOM COMMERCIAL ENSEIGNE 16		
18	Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT 18 ADRESSE : rés., bât., n°, voie, lieu-dit..... MISE EN LOCATION-GERANCE <input type="checkbox"/> Totalité du fonds <input type="checkbox"/> Une partie du fonds, laquelle Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms/ dénomination..... Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant- mandataire Greffe d'immatriculation / Département pour RM..... Domicile / Siège: Code postal Commune..... Salariés présents <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etablissement <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire		
19	DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIES, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl 19 POUR DECLARATION DE MODIFICATION <input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Partant cadre 19 B <input type="checkbox"/> Modification de la situation personnelle <input type="checkbox"/> Maintenu ancienne qualité..... QUALITE Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénom..... Né(e) le à Nationalité..... Dénomination, forme juridique..... 19B <input type="checkbox"/> PARTANT : Nom de naissance, nom d'usage, prénom / Dénomination, forme juridique		
20	RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		
21	OBSERVATIONS :		
22	ADRESSE de correspondance <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° <input type="checkbox"/> Autre : Code postal Commune..... Tél..... Tél..... Télécopie / courriel.....		
23	LE REPRESENTANT LEGAL LE MANDATAIRE ayant procuration AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt nom, prénom / dénomination et adresse		
	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à Le Nombre d'intercalaire(s) M3 ou M3 sarl / selarl : Nombre d'intercalaire(s) M' : de volet(s) TNS : Nombre d'imprimé(s) ACCRE : Nombre d'intercalaire(s) JQPA :		
	SIGNATURE Déclaration N° Signer chaque feuillet séparément		