

P2-P4

MICRO-ENTREPRENEUR



N° 13905*04

DECLARATION DE MODIFICATION OU DE CESSATION D'ACTIVITE

 MODIFICATION CESSATIONACTIVITE : COMMERCIALE ARTISANALE LIBERALE

Ne pas utiliser en cas de dépassement de seuil ou d'immatriculation volontaire ou si vous êtes déjà immatriculé au RCS, RM ou REB

REmplir dans tous les cas : pour une modification les cadres N° 1, 9, 10, 11

pour une cessation d'activité les cadres N° 1, 2, 9, 10, 11

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 NUMERO UNIQUE D'IDENTIFICATION _____ **NOM DE NAISSANCE**..... Nom d'usage.....
 Prénoms Né(e) le _____ à Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger.....
 Désignation du service des impôts auprès duquel ont été souscrites les dernières déclarations de revenus

DECLARATION RELATIVE A LA CESSION D ACTIVITE

2 POUR UNE CESSION D'ACTIVITE : Date de cessation _____ Si vous êtes ambulant, joindre la carte d'ambulant

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE

3 _____ DATE DE MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE :
NOM DE NAISSANCE..... Nom d'usage..... Prénom.....
4 _____ DATE DE MODIFICATION DU DOMICILE PERSONNEL : rés., bât., n°, voie, lieu-dit
 Code postal _____ Commune.....

4 CONJOINT MARIE OU PACSE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE
 Date _____ Le conjoint ou le pacsé choisit le statut de collaborateur (préciser pour celui-ci)
 Nom de naissance.....
 Nom d'usage..... Prénoms.....
 Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger.....
 Date _____ Le conjoint ou le pacsé demande la suppression de ce statut

5 _____ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE limitee (EIRL) Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté
 Modification de la déclaration d'affectation de patrimoine

Dans l'un ou l'autre de ces cas, vous devez remplir l'intercalaire PEIRL ME

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION D ACTIVITE

6 VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE OUI NON En cas de changement :

7 _____ DATE DE MODIFICATION DE L'ACTIVITE Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
 Activité principale exercée après modification.....
 Si votre activité principale est commerciale ou artisanale, veuillez préciser en ne cochant qu'une seule case : Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²) Commerce de détail sur marché
 Commerce de détail sur internet Commerce de gros Fabrication, production Bât. travaux publics Autre.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

8 _____ OBSERVATIONS :

9 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____. Autre : Code postal _____ Commune..... Tél..... Tél.....
 Télécopie / courriel

10 Je demande à ce que :

- les informations enregistrées dans le répertoire Sirene puissent être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice).
- les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne soient pas consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice).

Le présent document constitue une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et au RSEIRL. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.

LE DECLARANT désigné au cadre 1
 LE MANDATAIRE ayant procuration
 nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à Le
 Intercalaire PEIRL Micro-entrepreneur oui non

SIGNATURE

P2-P4

MICRO-ENTREPRENEUR



N° 13905*04

DECLARATION DE MODIFICATION OU DE CESSATION D'ACTIVITE

 MODIFICATION CESSATIONACTIVITE : COMMERCIALE ARTISANALE LIBERALE

Ne pas utiliser en cas de dépassement de seuil ou d'immatriculation volontaire ou si vous êtes déjà immatriculé au RCS, RM ou REB

REmplir dans tous les cas : pour une modification les cadres N° 1, 9, 10, 11

pour une cessation d'activité les cadres N° 1, 2, 9, 10, 11

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1	NUMERO UNIQUE D'IDENTIFICATION <u> </u> NOM DE NAISSANCE..... Prénoms Né(e) le <u> </u> à Dépt. <u> </u> Commune / Pays si à l'étranger.....	Nom d'usage
---	--	-------------------

DECLARATION RELATIVE A LA CESSATION D ACTIVITE

2	POUR UNE CESSATION D'ACTIVITE : Date de cessation <u> </u> Si vous êtes ambulant, joindre la carte d'ambulant
---	--

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE

3	<u> </u> DATE DE MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE : NOM DE NAISSANCE..... Nom d'usage..... Prénom	4	CONJOINT MARIE OU PACSE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE Date <u> </u> <input type="checkbox"/> Le conjoint ou le pacsé choisit le statut de collaborateur (préciser pour celui-ci) Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms
---	--	---	---

5	<u> </u> ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) <input type="checkbox"/> Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté <input type="checkbox"/> Modification de la déclaration d'affectation de patrimoine	Dans l'un ou l'autre de ces cas, vous devez remplir l'intercalaire PEIRL ME
---	---	---

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION D ACTIVITE

6	VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON En cas de changement :
---	--

 DATE DE CHANGEMENT DE L'ADRESSE PROFESSIONNELLE
Ancienne adresse : (Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit) Code postal Commune

Nouvelle adresse : (Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit) Code postal Commune

7	<u> </u> DATE DE MODIFICATION DE L'ACTIVITE Activité : <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière / <input type="checkbox"/> Non sédentaire (Ambulant ou Forain) Activité principale exercée après modification.....
---	--

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

8	<u> </u> OBSERVATIONS :
---	----------------------------------

9	ADRESSE de correspondance <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° <input type="checkbox"/> Autre : Code postal <u> </u> Commune	Tél..... Télécopie / courriel
---	--	--

10	Je demande à ce que : <input type="checkbox"/> les informations enregistrées dans le répertoire Sirene puissent être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice). <input type="checkbox"/> les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne soient pas consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice).
----	---

Le présent document constitue une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et au RSEIRL. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.

11	<input type="checkbox"/> LE DECLARANT désigné au cadre 1 <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration nom, prénom / dénomination et adresse	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à Le Intercalaire PEIRL Micro-entrepreneur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SIGNATURE
----	--	---	-----------

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

Déclaration n°.....
Reçue le.....
Transmise le.....