M4 COSA

N°11685*01

DECLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE

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

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

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'

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

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'

7 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_| Commune / Pays *si à l'étranger* _____

Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. |_|_|

Caisse de retraite _____

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_| Commune / Pays *si à l'étranger* _____

Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. |_|_|

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.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

Imprimerie Nationale - Tél: 03 27 93 70 90 - Réf: IB 951 017 - 03 009 480 1