M4

cerfa 11685*03

Imprimer

Réinitialiser

DECLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association…)

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

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **Numéro unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Immatriculation au RCS du greffe de : _____

Si vous avez une activité artisanale nécessitant une immatriculation au RM, dépt. |_|_|

Dénomination _____

Forme juridique _____

2 ☐ **Siège** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

4 **PRESENCE DE SALARIES dans l'entreprise au moment de la radiation** ☐ oui ☐ non

3B **DATE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Clôture de la liquidation

☐ Réalisation du transfert de patrimoine (réunion des parts sociales dans une même main)

☐ Fusion ☐ Scission ☐ Autre

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIEGE ET SIMULTANEMENT FERME(S) situé(s) dans le ressort du même greffe du tribunal de commerce ou de la chambre commerciale du tribunal judiciaire (pour l'Alsace-Moselle)

5 **Adresse :** *Rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

Adresse : *Rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

6 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

6 **OBSERVATIONS :** _____

7 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autres _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, le cas échéant au RM 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.

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

8 ☐ **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) M' : |_|_|

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

M4

cerfa 11685*03

Imprimer

Réinitialiser

DECLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association…)

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

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **Numéro unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Immatriculation au RCS du greffe de : _____

Si vous avez une activité artisanale nécessitant une immatriculation au RM, dépt. |_|_|_|

Dénomination _____

Forme juridique _____

2 ☐ **Siège** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

4

3B **DATE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Clôture de la liquidation

☐ Réalisation du transfert de patrimoine (réunion des parts sociales dans une même main)

☐ Fusion ☐ Scission ☐ Autre

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIEGE ET SIMULTANEMENT FERME(S) situé(s) dans le ressort du même greffe du tribunal de commerce ou de la chambre commerciale du tribunal judiciaire (pour l'Alsace-Moselle)

5 **Adresse :** *Rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

Adresse : *Rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

6

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

6 **OBSERVATIONS :** _____

7 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autres _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, le cas échéant au RM 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.

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

8 ☐ **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) M' : |_|_|

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

M4

cerfa 11685*03

Imprimer

Réinitialiser

DECLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association…)

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

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **Numéro unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Immatriculation au RCS du greffe de : _____

Si vous avez une activité artisanale nécessitant une immatriculation au RM, dépt. |_|_|_|

Dénomination _____

Forme juridique _____

2 ☐ **Siège** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

4

3B **DATE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Clôture de la liquidation

☐ Réalisation du transfert de patrimoine (réunion des parts sociales dans une même main)

☐ Fusion ☐ Scission ☐ Autre

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIEGE ET SIMULTANEMENT FERME(S) situé(s) dans le ressort du même greffe du tribunal de commerce ou de la chambre commerciale du tribunal judiciaire (pour l'Alsace-Moselle)

5 **Adresse :** *Rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

Adresse : *Rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

6

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

6 **OBSERVATIONS :** _____

7 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autres _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, le cas échéant au RM 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.

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

8 ☐ **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) M' : |_|_|

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément