

14 | **ACTIVITÉ** Permanente Saisonnière / Ambulante
 Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement :
 Autre(s) activité(s).....
 Indiquer la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :
 Fabrication, production Bâtiment, travaux publics Commerce de gros
 Commerce de détail en magasin (surface: m²) Commerce de détail sur marché
 Commerce de détail sur Internet Autre *précisez*.....
 En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :
 Adjonction d'activité
 Suppression partielle d'activité par : Disparition Vente Reprise par le propriétaire Autre

15 | **NOM COMMERCIAL**.....
ENSEIGNE.....

16 | **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé** : |.....|
 Date d'embauche du 1^{er} salarié |.....|
Effectif salarié de l'entreprise |.....| dont : |.....| apprentis |.....| VRP

17 | **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**
 Création, passer au cadre suivant **Reprise** **Achat** **Apport**
 Location-gérance **Gérance-mandat** **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 oui 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.....

Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18 | **ADRESSE** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit..... Code postal |.....| Commune Salariés présents oui non
MISE EN LOCATION-GERANCE Totalité du fonds Une partie du fonds, laquelle
 Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms/ dénomination..... Etablissement Principal Secondaire
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** |.....| Nouveau Partant *cadre 19 B*
 Modification de la situation personnelle Maintenu ancienne qualité.....
QUALITE.....
 Nom de naissance.....
 Nom d'usage..... Prénom.....
 Né(e) le |.....| à..... Nationalité.....
 Dénomination, forme juridique.....

19B | Domicile / Siège.....
 Code postal |.....| Commune.....
Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation.....
 Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3
 PARTANT : Nom de naissance, nom d'usage, prénom / Dénomination, forme juridique.....
Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |.....|

20 | **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**
 Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, remplir l'imprimé spécifique **pour chaque personne bénéficiaire**

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

21 | **OBSERVATIONS** :
22 | **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° |.....| 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.

<p>23 <input type="checkbox"/> LE REPRESENTANT LEGAL nom, prénom / dénomination et adresse <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i> <input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE <i>justifiant d'un intérêt</i></p>	<p>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 :</p>	<p>SIGNATURE Déclaration N° Signer chaque feuillet séparément</p>
---	---	--

PERSONNE MORALE

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.....

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 22, 23 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES 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 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 | | | | | | | | | | **DENOMINATION**.....
 Sigle.....
 | | | | | | | | | | **Forme juridique**.....
 | | | | | | | | | | Société réduite à un associé unique
 | | | | | | | | | | **Durée de la personne morale** | | | |
 | | | | | | | | | | Date de clôture de l'exercice social | | | | | |
 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 | | | | | | | | | | Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice)
 | | | | | | | | | | Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice)
 7 | | | | | | | | | | **FUSION** **SCISSION** Cette opération entraîne une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'
 8 | | | | | | | | | | **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ**
 9 | | | | | | | | | | **DISSOLUTION**
Indiquer le liquidateur au cadre 19 sauf pour une transmission universelle du patrimoine
 Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 12
 Nom du journal d'annonces légales..... Date de parution | | | | | | | | | |
 Adresse de liquidation : siège adresse du liquidateur Autre.....
 Transmission universelle du patrimoine
 10 | | | | | | | | | | **RUPTURE ANTICIPÉE DU CONTRAT D'APPUJ**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

- 11 Cette demande concerne : **OUVERTURE** **FERMETURE** **MODIFICATION** **TRANSFERT** **LOCATION-GERANCE** **GERANCE-MANDAT**
 Date **ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME**
 | | | | | | | | | | **ANCIEN ETABLISSEMENT** : Siège Siège-Etablissement principal

 12 **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'
 Date **ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE**
 | | | | | | | | | | **ADRESSE** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit..... Code postal | | | | | | Commune.....
 13 **L'ETABLISSEMENT DEVIENT**: Siège Siège-Etablissement principal Etablissement principal Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
 Contrat de domiciliation : Nom du domiciliaire.....
 N° unique d'identification | | | | | | | | | |
 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 CREE : 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

14 | **ACTIVITÉ** Permanente Saisonnière / Ambulante
 Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement :
 Autre(s) activité(s).....

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :
 Adjonction d'activité
 Suppression partielle d'activité par : Disparition Vente
 Reprise par le propriétaire Autre

15 | **NOM COMMERCIAL**.....
ENSEIGNE.....

16 |

17 | **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**
 Création, *passer au cadre suivant* Reprise Achat Apport
 Location-gérance Gérance-mandat 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 oui 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.....

Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18 | **ADRESSE** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit..... Code postal |..... Commune Salariés présents oui non
MISE EN LOCATION-GERANCE Totalité du fonds Une partie du fonds, laquelle
 Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms/ dénomination..... Etablissement Principal Secondaire
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** |..... Nouveau Partant *cadre 19 B*
 Modification de la situation personnelle Maintenu ancienne qualité.....
QUALITE.....
 Nom de naissance.....
 Nom d'usage..... Prénom.....
 Né(e) le |..... à..... Nationalité.....
 Dénomination, forme juridique.....

19B | Domicile / Siège.....
 Code postal |..... Commune.....
Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation.....
 Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3
 PARTANT : Nom de naissance, nom d'usage, prénom / Dénomination, forme juridique

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

21 | **OBSERVATIONS** :

22 | **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° |..... 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 | **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) 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