

DECLARATION DE RADIATION

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

PERSONNE PHYSIQUE

Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France.
La fermeture d'établissements relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé P2.

Déclaration n° _____

Reçue le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Transmise le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Numéro unique d'identification [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____ AU RM DANS LE DEPARTEMENT DE _____ [] [] [] [] **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**

Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

2 NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénom(s) _____ Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Dépt. [] [] [] Commune / Pays _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITEDate de la cessation [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Cessation consécutive au décès de l'exploitant

Si cessation d'emploi de tout salarié, date [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Si vous êtes : Ambulant Joindre obligatoirement à la demande la carte d'ambulant

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

4 ETABLISSEMENT PRINCIPAL :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune* _____

* en cas de fusion de communes, notamment pour distinguer les voies homonymes au sein de la commune nouvelle

Destination : Suppression Vente Autre _____**4B** AUTRE ETABLISSEMENT DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : Suppression Vente Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 OBSERVATIONS : _____**6** ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° ___ Autre : _____ Tél _____ Tél _____

_____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____ Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de radiation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL, 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.

- 7**
-
- LE DECLARANT Désigné au cadre 2
-
-
- LE MANDATAIRE ayant procuration
-
-
- AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt

Nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Intercalaire PEIRL : oui non Nombre : ____

Nombre d'intercalaire(s) P' : ____

SIGNATURE

DECLARATION DE RADIATION

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

PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France.
La fermeture d'établissements relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé P2.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Numéro unique d'identification _____ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____ AU RM DANS LE DEPARTEMENT DE _____ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**

Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

2 NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénom(s) _____ Né(e) le _____

Dépt. _____ Commune / Pays _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITEDate de la cessation _____ Cessation consécutive au décès de l'exploitant

Si cessation d'emploi de tout salarié, date _____

Si vous êtes : Ambulant Joindre obligatoirement à la demande la carte d'ambulant

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

4 ETABLISSEMENT PRINCIPAL :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune* _____

* en cas de fusion de communes, notamment pour distinguer les voies homonymes au sein de la commune nouvelle

Destination : Suppression Vente Autre _____**4B AUTRE ETABLISSEMENT DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : Suppression Vente Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 OBSERVATIONS : _____**6 ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° ____ Autre : _____ Tél _____

Code postal _____ Commune _____ Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de radiation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL, 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 DECLARANT Désigné au cadre 2 **LE MANDATAIRE** ayant procuration **AUTRE PERSONNE** justifiant d'un intérêt

Nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Intercalaire PEIRL : oui non Nombre : ____

Nombre d'intercalaire(s) P' : ____

SIGNATURE