

Imprimer

Réinitialiser

DÉCLARATION DE RADIATION

ENTITÉS DE DROIT PRIVÉ NE RELEVANT PAS DES FORMALITÉS D'ENTREPRISES
(association, fonds de dotation, fondation, syndicat de copropriété,
comité d'entreprise, organisme professionnel, etc.)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
M G U I D B E F K T

Déclaration n°

Reçue le JJMMMAIAIAIA

Transmise le JJMMMAIAIAIA

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Numéro unique d'identification JJMMMAIAIAIA <input type="checkbox"/> Immatriculation au RCS du greffe de : _____ Dénomination _____ Forme juridique _____	2 Siège ou adresse de l'entité <i>Rés., bât., n°, voie, lieu-dit</i> _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DÉCLARATION RELATIVE À L'ENTITÉ

3 DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ : JJMMMAIAIAIA <input type="checkbox"/> Ambulant, joindre la carte d'ambulant.	3B DATE JJMMMAIAIAIA <input type="checkbox"/> Clôture de la liquidation <input type="checkbox"/> Fusion <input type="checkbox"/> Scission <input type="checkbox"/> Autre
4 PRÉSENCE DE SALARIÉS dans l'entité au moment de la radiation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)

5 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre	Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

6 OBSERVATIONS : _____	
7 ADRESSE de correspondance <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____	Tél. _____ Tél. _____ Télécopie / courriel _____

**Le présent document 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 <input type="checkbox"/> LE REPRÉSENTANT LÉGAL <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>ayant procuration</i> <input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE <i>justifiant d'un intérêt</i> Nom, prénom / dénomination et adresse _____ _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le JJMMMAIAIAIA Nombre d'intercalaire(s) M' : _____	SIGNATURE : _____ Signer chaque feuillet séparément
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Imprimer

Réinitialiser

DÉCLARATION DE RADIATION

ENTITÉS DE DROIT PRIVÉ NE RELEVANT PAS DES FORMALITÉS D'ENTREPRISES
(association, fonds de dotation, fondation, syndicat de copropriété,
comité d'entreprise, organisme professionnel, etc.)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
M G U I D B E F K T

Déclaration n°

Reçue le JJMMMAIAIAIA

Transmise le JJMMMAIAIAIA

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Numéro unique d'identification JJMMMAIAIAIA <input type="checkbox"/> Immatriculation au RCS du greffe de : _____ Dénomination _____ Forme juridique _____	2 Siège ou adresse de l'entité <i>Rés., bât., n°, voie, lieu-dit</i> _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DÉCLARATION RELATIVE À L'ENTITÉ

3 DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ : JJMMMAIAIAIA <input type="checkbox"/> Ambulant, joindre la carte d'ambulant.	3B DATE JJMMMAIAIAIA <input type="checkbox"/> Clôture de la liquidation <input type="checkbox"/> Fusion <input type="checkbox"/> Scission <input type="checkbox"/> Autre
4 _____	4 _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)

5 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre	5 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

6 OBSERVATIONS : _____	
7 ADRESSE de correspondance <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____	Tél. _____ Tél. _____ Télécopie / courriel _____

**Le présent document 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 <input type="checkbox"/> LE REPRÉSENTANT LÉGAL <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration <input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt Nom, prénom / dénomination et adresse _____ _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le JJMMMAIAIAIA Nombre d'intercalaire(s) M' : _____	SIGNATURE : _____ Signer chaque feuillet séparément
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------