P4 CMB

cerfa N° 11679*02

Imprimer

Réinitialiser

DÉCLARATION DE RADIATION

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

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F 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 DÉPARTEMENT DE _____ |_|_|_|

❒ **POUR L'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)** Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

2 Désignation du service des impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA _____

3 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

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

Dépt. |_|_|_| Commune/Pays _____

4 **Si vous êtes :** ❒ Ambulant ❒ Forain

Joindre à la demande la carte d'ambulant ou le livret spécial de circulation

5 **Désignation de l'organisme conventionné servant les prestations d'assurance maladie TNS :**

Nom de l'organisme conventionné _____ Dépt. |_|_|_|

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

6 **CESSATION DÉFINITIVE D'ACTIVITÉ :**

Date de la cessation |_|_|_|_|_|_|_|_| ❒ Cessation consécutive au décès de l'exploitant Si cessation d'emploi de tout salarié, date |_|_|_|_|_|_|_|_|

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

7 **ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

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

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

7 bis **AUTRE ÉTABLISSEMENT RELEVANT DU MÊME GREFFE SIMULTANÉMENT FERMÉ :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

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

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

8 **OBSERVATIONS :**

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

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

Tél _____ Tél _____

Fax/e-mail _____

La présente demande 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.

10 ❒ **LE DÉCLARANT** *désigné au cadre 3* *nom, prénom/dénomination et adresse*

❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

❒ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Intercalaire PEIRL : ❒ oui ❒ non

Nombre d'intercalaire(s) P' : _____

SIGNATURE

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

P4 CMB

Imprimer

Réinitialiser

cerfa N° 11679*02

DÉCLARATION DE RADIATION

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

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F 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 DÉPARTEMENT DE _____ |_|_|

❒ **POUR L'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)** Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

2

3

NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

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

Dépt. |_|_|_| Commune/Pays _____

4

Si vous êtes : ❒ Ambulant ❒ Forain

Joindre à la demande la carte d'ambulant ou le livret spécial de circulation

5

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

6

CESSATION DÉFINITIVE D'ACTIVITÉ :

Date de la cessation |_|_|_|_|_|_|_|_| ❒ Cessation consécutive au décès de l'exploitant

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

7

ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

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

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

7 bis

AUTRE ÉTABLISSEMENT RELEVANT DU MÊME GREFFE SIMULTANÉMENT FERMÉ :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

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

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

8

OBSERVATIONS :

9

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

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

Tél _____ Tél _____

Fax/e-mail _____

La présente demande 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.

10

❒ **LE DÉCLARANT** *désigné au cadre 3* *nom, prénom/dénomination et adresse*

❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

❒ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Intercalaire PEIRL : ❒ oui ❒ non

Nombre d'intercalaire(s) P' : _____

SIGNATURE

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