

DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE M G U I D B E F H J 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	N° UNIQUE D'IDENTIFICATION _____ <input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : _____ <input type="checkbox"/> AU RM DANS LE DEPT. DE _____	2	Si vous êtes : <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Forain Joindre à la demande la carte d'ambulant ou le livret spécial de circulation.
2	NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____	3	Désignation du centre des Impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA : _____
4	Nom des organismes de sécurité sociale : Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. _____ Caisse de retraite _____	6	6 bis

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

5 **CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE :**
 Date de cessation : _____ Cessation consécutive au décès de l'exploitant. Si cessation d'emploi de tout salarié, date : _____

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - suite sur intercalaire(s) P'

6	ETABLISSEMENT PRINCIPAL : rés., bât., n°, voie, lieudit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____	6 bis	AUTRE ETABLISSEMENT RELEVANT DU MEME GREFFE SIMULTANEMENT FERME : rés., bât., n°, voie, lieudit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Suppression <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Autre _____
---	--	-------	--

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

7 **OBSERVATIONS :** _____

8 **Adresse de correspondance :** Rés., bât., n°, voie, lieudit _____ Téléphone(s) _____
 Code Postal _____ Commune _____ Fax / e-mail _____

9 La présente demande constitue déclaration de radiation au RCS, au RM, au REB, 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.

<input type="checkbox"/> LE DECLARANT <i>Désigné au cadre 2</i> 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>	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ le _____ Nombre d'intercalaire(s) P' _____	SIGNATURE _____ <i>Signer chaque feuillet séparément.</i>
--	---	--