

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** *designé au cadre 3* nom, prénom/dénomination et adresse _____ Certifie l'exactitude des renseignements donnés

LE MANDATAIRE *ayant procuration* Fait à _____

AUTRE PERSONNE *justifiant d'un intérêt* Le _____

Intercalaire PEIRL : oui non

Nombre d'intercalaire(s) P' : _____

SIGNATURE