M2 cerfa 11682*04

DECLARATION DE MODIFICATION

PERSONNE MORALE

Imprimer | Réinitialiser

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T
Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1
☐ Dénomination, forme juridique, capital ☐ Prise d'activité d'une société créée sans activité ☐ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
☐ Transfert de siège ☐ Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
☐ Reprise d'activité ☐ Dissolution : ☐ avec poursuite d'activité ☐ sans poursuite d'activité ☐ GIE-GEIE ☐ Autre _____

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 21, 22 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2
N° UNIQUE D'IDENTIFICATION |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____
☐ au RM DANS LE DEPT DE _____ |_|_|
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____

Dénomination / Sigle _____
Forme juridique _____
☐ **Siège ou** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société ☐ oui ☐ non

Date — DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

4
|_|_|_|_|_|_| **DENOMINATION** _____ Sigle _____
|_|_|_|_|_|_| **Forme juridique** _____
|_|_|_|_|_|_| ☐ Société réduite à un associé unique
|_|_|_|_|_|_| **Durée de la personne morale** |_|_|
|_|_|_|_|_|_| Date de clôture de l'exercice social |_|_|_|

5
|_|_|_|_|_|_| **Capital :** montant, *unité monétaire* _____
Si capital variable : *Montant minimum* _____
|_|_|_|_|_|_| ☐ Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
|_|_|_|_|_|_| ☐ Reconstitution des capitaux propres

6
|_|_|_|_|_|_| ☐ Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS *(cf. notice)*
|_|_|_|_|_|_| ☐ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS *(cf. notice)*

7
|_|_|_|_|_|_| ☐ **FUSION** ☐ **SCISSION** Cette opération entraîne ☐ une augmentation de capital.
Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'

8
|_|_|_|_|_|_| **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE**

9
|_|_|_|_|_|_| **DISSOLUTION**
Indiquer le liquidateur au cadre 19 sauf pour une transmission universelle du patrimoine
Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12
Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution |_|_|_|_|_|_|
Adresse de liquidation : ☐Siège ☐ Adresse du liquidateur ☐ Autre _____
☐Transmission universelle du patrimoine

10
|_|_|_|_|_|_| **RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11 **Cette demande concerne :** ☐ **OUVERTURE** ☐ **FERMETURE** ☐ **MODIFICATION** ☐ **TRANSFERT** ☐ **LOCATION-GERANCE** ☐ **GERANCE-MANDAT**

Date — ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

12
|_|_|_|_|_|_| **ANCIEN ETABLISSEMENT :** ☐Siège ☐ Siège-Etablissement principal
☐ Etablissement principal ☐ Secondaire ☐ Premier établissement en France d'une société étrangère
Adresse : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* (si différente du cadre 2) _____
_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Vendu ☐ Fermé ☐ Autre _____
Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est :
☐ Siège ☐ Principal ☐ Secondaire
POUR UNE FERMETURE : Destination ☐ Supprimé ☐ Vendu ☐ Autre _____
Si cessation d'emploi de tout salarié : date |_|_|_|_|_|_|_|_| Suite sur intercalaire M'

Date — ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

13
|_|_|_|_|_|_| **Adresse :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement principal ☐ Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
☐ Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____
N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'

POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié ☐ Oui ☐ Non
POUR UN ETABLISSEMENT CREE : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers ☐ Oui ☐ Non

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

14 ACTIVITE ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Ambulante

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : _____

Indiquez la plus importante : _____

Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :

☐ Fabrication, production ☐ Bâtiments, travaux publics ☐ Commerce de gros

☐ Commerce de détail en magasin (surface : ____ m²) ☐ Commerce de détail sur marché

☐ Commerce de détail sur Internet ☐ Autre, *préciser* _____

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

☐ Adjonction d'activité

☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le propriétaire

☐ Autre, *préciser* _____

15 **NOM COMMERCIAL** _____

ENSEIGNE _____

16 **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé :** ____

Date d'embauche du 1er salarié ____

Effectif salarié de l'entreprise ____ dont : ____ apprentis ____ VRP

17 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**

☐ **Création**, *passer au cadre suivant* ☐ **Reprise** ☐ **Achat** ☐ **Apport**

☐ **Location–gérance** ☐ **Gérance–mandat** ☐ **Autre** _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification ____

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Journal d'Annonces Légales : date de parution ____

Nom du journal : _____

Location-gérance - Gérance-mandat

Dates du contrat : début ____ fin ____

Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non

Loueur du fonds ou Mandant du fonds

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile / Siège _____

Code postal ____ Commune _____

Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant ____

Greffe d'immatriculation _____

Date

FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18 ____ **ADRESSE :** rés., bât., n° voie, lieu-dit _____ Code postal ____ Commune _____ Salariés présents ☐ oui ☐ non

MISE EN LOCATION-GERANCE ☐ Totalité du fonds ☐ Une partie du fonds, laquelle _____

Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination _____ Etablissement ☐ Principal ☐ Secondaire

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire ____ Greffe d'immatriculation / Département pour RM _____

Domicile / Siège : _____ Code postal ____ Commune _____

DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

19 ____ **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** ☐ Nouveau ☐ Partant *remplir 19B*

☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu *ancienne qualité* _____

QUALITE _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le ____ à _____ Nationalité _____

Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____

Code postal ____ Commune _____

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

☐ Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3

19B ☐ **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime des non salariésTNS : N° de sécurité sociale ____ ____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20 ____ **OBSERVATIONS :** _____

21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** ☐ Déclarée au cadre n° ____ ☐ Autre : _____

_____ Code postal ____ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, au RM, le cas échéant au REB et 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.

22 ☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** nom, prénom / dénomination et adresse

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration* _____

☐ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt* _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le ____

Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl ____ de volet(s) TNS ____

Nombre d'intercalaires JQPA ____

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

M2 cerfa 11682*04

DECLARATION DE MODIFICATION

PERSONNE MORALE

Imprimer | Réinitialiser

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T
Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1

☐ Dénomination, forme juridique, capital ☐ Prise d'activité d'une société créée sans activité ☐ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
☐ Transfert de siège ☐ Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
☐ Reprise d'activité ☐ Dissolution : ☐ avec poursuite d'activité ☐ sans poursuite d'activité ☐ GIE-GEIE ☐ Autre _____

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 21, 22 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2

N° UNIQUE D'IDENTIFICATION |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____
☐ au RM DANS LE DEPT DE _____ |_|_|
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____

Dénomination / Sigle _____
Forme juridique _____
☐ **Siège ou** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

3

UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société ☐ oui ☐ non

Date — DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

4

|_|_|_|_|_|_|_|_| **DENOMINATION** _____ Sigle _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Forme juridique** _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Société réduite à un associé unique
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Durée de la personne morale** |_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de clôture de l'exercice social |_|_|_|

5

|_|_|_|_|_|_|_|_| **Capital :** montant, *unité monétaire* _____
Si capital variable : *Montant minimum* _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Reconstitution des capitaux propres

6

|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS *(cf. notice)*
|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS *(cf. notice)*

7

|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ **FUSION** ☐ **SCISSION** Cette opération entraîne ☐ une augmentation de capital.
Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'

8

|_|_|_|_|_|_|_|_| **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE**

9

|_|_|_|_|_|_|_|_| **DISSOLUTION**
Indiquer le liquidateur au cadre 19 sauf pour une transmission universelle du patrimoine
Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12
Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse de liquidation : ☐ Siège ☐ Adresse du liquidateur ☐ Autre _____
☐ Transmission universelle du patrimoine

10

|_|_|_|_|_|_|_|_| **RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11

Cette demande concerne : ☐ **OUVERTURE** ☐ **FERMETURE** ☐ **MODIFICATION** ☐ **TRANSFERT** ☐ **LOCATION-GERANCE** ☐ **GERANCE-MANDAT**

Date — ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

12

|_|_|_|_|_|_|_|_| **ANCIEN ETABLISSEMENT :** ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal

Adresse : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* (si différente du cadre 2) _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Vendu ☐ Fermé ☐ Autre _____
Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est :
☐ Siège ☐ Principal ☐ Secondaire
POUR UNE FERMETURE : Destination ☐ Supprimé ☐ Vendu ☐ Autre _____
Si cessation d'emploi de tout salarié : date |_|_|_|_|_|_|_|_| Suite sur intercalaire M'

Date — ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

13

|_|_|_|_|_|_|_|_| **Adresse :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement principal ☐ Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
☐ Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____
N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'

POUR UN ETABLISSEMENT CREE : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers ☐ Oui ☐ Non

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

14 ACTIVITE ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Ambulante

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : _____

Indiquez la plus importante : _____

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

☐ Adjonction d'activité

☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le propriétaire

☐ Autre, *préciser* _____

15 **NOM COMMERCIAL** _____

ENSEIGNE _____

16

17 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**

☐ **Création**, *passer au cadre suivant* ☐ **Reprise** ☐ **Achat** ☐ **Apport**

☐ **Location–gérance** ☐ **Gérance–mandat** ☐ **Autre** _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Journal d'Annonces Légales : date de parution

Nom du journal : _____

Location-gérance - Gérance-mandat

Dates du contrat : début fin

Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non

Loueur du fonds ou Mandant du fonds

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile / Siège _____

Code postal Commune _____

Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant

Greffe d'immatriculation _____

Date

FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18 **ADRESSE :** rés., bât., n° voie, lieu-dit _____ Code postal Commune _____ Salariés présents ☐ oui ☐ non

MISE EN LOCATION-GERANCE ☐ Totalité du fonds ☐ Une partie du fonds, laquelle _____

Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination _____ Etablissement ☐ Principal ☐ Secondaire

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire Greffe d'immatriculation / Département pour RM _____

Domicile / Siège : _____ Code postal Commune _____

DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

19 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** ☐ Nouveau ☐ Partant *remplir 19B*

☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu *ancienne qualité* _____

QUALITE _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le à _____ Nationalité _____

Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____

Code postal Commune _____

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

☐ Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3

19B ☐ **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20 **OBSERVATIONS :** _____

21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** ☐ Déclarée au cadre n° ☐ Autre : _____

_____ Code postal Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, au RM, le cas échéant au REB et 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.

22 ☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** nom, prénom / dénomination et adresse

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration* _____

☐ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt* _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le

Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl de volet(s) TNS

Nombre d'intercalaires JQPA

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.