P4 CMB cerfa 11679*03

DECLARATION DE RADIATION

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Imprimer

Réinitialiser

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.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **Numéro unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____

☐ AU RM DANS LE DEPARTEMENT DE _____ |_|_|_|

☐ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

2 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénom(s) _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE**

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

Si vous êtes : ☐ Ambulant Joindre obligatoirement à la demande la carte d'ambulant

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

4 **ETABLISSEMENT PRINCIPAL :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

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

Le cas échéant, ancienne commune* _____

** en cas de fusion de communes, notamment pour distinguer les voies homonymes au sein de la commune nouvelle*

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

4B **AUTRE ETABLISSEMENT DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

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

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 **OBSERVATIONS :** _____

6 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° ___ ☐ Autre : _____

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

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document 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.

7

☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

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

Nom, prénom / dénomination et adresse

_____

_____

_____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Intercalaire PEIRL : ☐ oui ☐ non Nombre : ___

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.