

DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE MGUIDBEFHJKT



PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n° ______ transmise le _____

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	N° UNIQUE D'IDENTIFICATION	2 bis	☐ Forain	demande la carte d'ambulant ou le livret spécial de circulation. é déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA :			
2	NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms Né(e) le Dépt. Commune/Pays	3	Nom des organismes de sécurité sociale : Caisse d'assurance maladie TNS	Dépt. L			
		I DELATIV	Caisse de retraiteE A LA PERSONNE				
5	CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE : Date de cessation : Cessation consécutive au décès de l'exp		Si cessation d'emploi de tout salarie	é, date :			
	DECLARATION RELATIVE A LA FERMETUI	RE D'ETAI					
6	ETABLISSEMENT PRINCIPAL :	6		U MEME GREFFE SIMULTANEMENT FERME :			
	rés., bât., n°, voie, lieudit						
	Code postal Commune Destination :			Uvente Autre			
	**************************************	RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES					
7	OBSERVATIONS:						
Ω	Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit	resse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit					
Ğ	Code Postal Commune	le Postal Commune					
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.						
	☐ LE DECLARANT Désigné au cadre 2 nom, prénom /dénomination et adresse	Certifie l'ex	actitude des renseignements donnés	SIGNATURE			
	☐ LE MANDATAIRE ayant procuration	Fait à					
	AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt	le	Nombre d'intercalaire(s) P'				
			Sig	gner chaque feuillet séparément.			



DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE MGUIDBEFHJKT

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	2 bis	Si vous êtes :	☐ Ambulant ☐ Forain	Joindre à l	a demande la c	arte d'ambulant ou le livret spécial de circulatio	
	NOM DE NAISSANCE	3						
2	Nom d'usage							
	Prénoms Né(e) le							
	DECLARATION	N RELATIV	/E A LA PE	RSONNE				
5	CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE :							
	Date de cessation : Cessation consécutive au décès de l'exp	loitant.						
	DECLARATION RELATIVE A LA FERMETUI	RE D'ETAE	BLISSEMEN	IT(S) - sui	ite sur i	ntercalaire	e(s) P'	
6	ETABLISSEMENT PRINCIPAL :			AUTRE ETABLISSEMENT RELEVANT DU MEME GREFFE SIMULTANEMENT FERME :				
	rés., bât., n°, voie, lieudit			rés., bât., n°, voie, lieudit				
	Code postal Commune		Code postal		Commui			
	Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre		Destination	: 🗖 Supp	ression	☐ Vente	☐ Autre	
	RENSEIGNEI	MENTS CO	MPLEMEN	TAIRES				
7	OBSERVATIONS:							
Q	Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit	resse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit						
°	Code Postal Commune	le Postal LIII 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.							
	☐ LE DECLARANT Désigné au cadre 2 nom, prénom /dénomination et adresse	Certifie l'exa	actitude des re	nseignements	donnés	SIGNATU	JRE	
	☐ LE MANDATAIRE ayant procuration	Fait à						
	☐ AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt	le	Nor	mbre d'intercalaire	e(s) P'			
٦						Signer chaque feuille	et séparément.	



DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE MGUIDBEFHJKT

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	2 bis	Si vous êtes :	☐ Ambulant ☐ Forain	Joindre à l	a demande la c	arte d'ambulant ou le livret spécial de circulatio	
	NOM DE NAISSANCE	3						
2	Nom d'usage							
	Prénoms Né(e) le							
	DECLARATION	N RELATIV	/E A LA PE	RSONNE				
5	CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE :							
	Date de cessation : Cessation consécutive au décès de l'exp	loitant.						
	DECLARATION RELATIVE A LA FERMETUI	RE D'ETAE	BLISSEMEN	IT(S) - sui	ite sur i	ntercalaire	e(s) P'	
6	ETABLISSEMENT PRINCIPAL :			AUTRE ETABLISSEMENT RELEVANT DU MEME GREFFE SIMULTANEMENT FERME :				
	rés., bât., n°, voie, lieudit			rés., bât., n°, voie, lieudit				
	Code postal Commune		Code postal		Commui			
	Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre		Destination	: 🗖 Supp	ression	☐ Vente	☐ Autre	
	RENSEIGNEI	MENTS CO	MPLEMEN	TAIRES				
7	OBSERVATIONS:							
Q	Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit	resse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieudit						
°	Code Postal Commune	e Postal LIII 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.							
	☐ LE DECLARANT Désigné au cadre 2 nom, prénom /dénomination et adresse	Certifie l'exa	actitude des re	nseignements	donnés	SIGNATU	JRE	
	☐ LE MANDATAIRE ayant procuration	Fait à						
	☐ AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt	le	Nor	mbre d'intercalaire	e(s) P'			
٦						Signer chaque feuille	et séparément.	