

RCS : LE HAVRE
Code greffe : 7606

Actes des sociétés, ordonnances rendues en matière de société, actes des personnes physiques

REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIETES

**Le greffier du tribunal de commerce de LE HAVRE atteste l'exactitude des informations
transmises ci-après**

Nature du document : Actes des sociétés (A)

Numéro de gestion : 1997 B 00131
Numéro SIREN : 411 549 322
Nom ou dénomination : A MAAD PEINTURE

Ce dépôt a été enregistré le 01/07/2022 sous le numéro de dépôt A2022/002429

A MAAD PEINTURE
Société par actions simplifiée
au capital de 26.400 euros
Siège social : 8, Rue Gustave Serrurier
76620 LE HAVRE
411.549.322 RCS LE HAVRE

PROCES-VERBAL DES DECISIONS DE L'ASSOCIEE UNIQUE EN DATE DU 1^{ER} JUILLET 2022

EXTRAIT

PREMIERE DECISION – REMPLACEMENT DU PRESIDENT DEMISSIONNAIRE

L'associée unique prend acte de la démission de Monsieur Adam MAAD de ses fonctions de Président de la Société, à compter de ce jour et de ce qu'elle aura à se prononcer sur le quitus à lui accorder lors de la décision qui statuera sur les comptes de l'exercice clos le 31 Décembre 2022.

En conséquence, l'associée unique décide de nommer en qualité de nouveau Président, Monsieur Benoît LECROQ, né le 24 Juin 1983 à HARFLEUR (76), de nationalité française, demeurant au HAVRE (76620) – 1, Rue Abbé Alexandre pour une durée indéterminée à compter de ce jour.

L'associée unique décide que pour l'exercice de ses fonctions de Président, Monsieur Benoît LECROQ reçoit les mêmes pouvoirs que ceux dont jouissait Monsieur Adam MAAD. Ainsi, Monsieur Benoît LECROQ exercera ses fonctions dans le cadre des dispositions légales et statutaires.

Monsieur Benoît LECROQ sera investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de la Société, dans la limite de l'objet social, et sous réserve des pouvoirs expressément attribués par la loi et par les statuts aux associés.

Monsieur Benoît LECROQ représentera la Société dans ses rapports avec les tiers.

Monsieur Benoît LECROQ sera autorisé à consentir des subdélégation ou substitutions de pouvoirs pour une ou plusieurs opérations ou catégories d'opérations déterminées.

Monsieur Benoît LECROQ, ici présent, déclare accepter les fonctions de Président qui viennent de lui être confiées et n'être frappé d'aucune des incapacités ou déchéances susceptibles de lui interdire l'accès aux fonctions de Président de la Société.

Pour copie certifiée conforme
Le Président
Monsieur Benoît LECROQ



DECLARATION DE MODIFICATION(S)

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

Déclaration N°

Reçue le

Transmise le

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)

Imprimer Réinitialiser

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

- 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

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** 4|1|1|5|4|9|3|2|2|
☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE LE HAVRE
☐ au RM DANS LE DEPT DE
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s)
Dénomination / Sigle A MAAD PEINTURE

- 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** **Forme juridique** **Sigle**
0|1|0|7|2|0|2|2| ☒ Société réduite à un associé unique ☐ N'est plus une société à associé unique
Durée de la personne morale an(s)
Date de clôture de l'exercice social jour, mois
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
☐ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS
☐ Société à mission
☐ N'est plus une société à mission

- 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** Préciser si : ☐ Cessation de l'activité ☐ Poursuite de l'activité
Indiquer le liquidateur au cadre 19A sauf pour une transmission universelle du patrimoine

Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12

Nom du support d'annonces légales

Adresse de liquidation : ☐ Siège ☐ Adresse du liquidateur ☐ Autre

Date de parution

☐ 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

- 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 de fin d'emploi du dernier salarié : date Suite sur M'.

Date

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

- 13 **Adresse** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
☐ Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire N° unique d'identification

☐ siège fixé au domicile du représentant légal, cocher la case uniquement dans le cadre de la domiciliation provisoire

Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace

Economie Européenne, 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

14

14 ☐ **ACTIVE** ☐ Permanent ☐ 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 :
☐ Adjunction (ajout) d'activité
☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le propriétaire
☐ Autre, préciser _____

15

15 ☐ **NOM COMMERCIAL** _____
ENSEIGNE _____

16

16 **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé** : _____ Date d'embauche du 1^{er} salarié _____
Effectif salarié de l'entreprise _____ dont : _____ apprentis _____ VRP _____

Date

FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18

18 **ADRESSE** : rés., bât., n° voie, lieu-dit _____
MISE EN LOCATION-GERANCE ☐ Totalité du fonds ☐ Une partie du fonds, laquelle _____
Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination _____
Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire _____ Greffe d'immatriculation / Département pour RM _____
Domicile / Siège : _____ Code postal _____ Commune _____

Date

DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

19A

19A **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** ☐ Nouveau ☐ Partant remplir 19B
☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité _____
QUALITE _____ Profession de santé ☐ oui ☐ non
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____ Nationalité _____
Né(e) le _____ à _____
Dénomination, forme juridique _____

Date

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20

20 **OBSERVATIONS** : _____

21

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

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réalisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notifs).

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

22 ☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** ☒ **LE MANDATAIRE** ayant procuration
☐ **AUTRE PERSONNE** justifiant d'un intérêt
Nom, prénom / dénomination et adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à Le Havre Le 01/09/2022

Nombre d'intercalaires(s) : M3 ou M3 Sarl _____

Nb d'intercalaires JQPA _____ (justification de qualification professionnelle artisanale)

Nombre de volet(s) MBE (bénéficiaires effectifs) : _____ de volet(s) TNS _____

SIGNATURE _____

SELIART-PARTHEMIS ENTREPRISE

300000 € - RCS LE HAVRE 48-209 721

130 Boulevard de Strasbourg

BP 80135 - 76051 LE HAVRE CEDEX

S 02 354250-09 - 03 35 21 14 35

Signer chaque feuille séparément

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 _____ Prénoms _____
Nom d'usage _____
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Support d'annonces légales : date de parution _____
Nom du support : _____
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 _____ Prénoms _____
Nom d'usage _____
Domicile / Siège _____
Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant _____
Greffe d'immatriculation _____