

RCS : LAVAL

Code greffe : 5301

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 LAVAL atteste l'exactitude des informations
transmises ci-après**

Nature du document : Actes des sociétés (A)

Numéro de gestion : 1994 B 00043

Numéro SIREN : 393 948 690

Nom ou dénomination : S.F.N. - SOCIETE DE FRANCHISE NOZ

Ce dépôt a été enregistré le 10/09/2021 sous le numéro de dépôt 3817

S.F.N. – SOCIETE DE FRANCHISE NOZ

Société par Actions Simplifiée
au capital de 6.400 Euros

Siège social : 5 et 17, rue de Corbusson - ZA Le Châtellier II
53940 SAINT BERTHEVIN

393 948 690 R.C.S. LAVAL

**PROCES-VERBAL
DE LA DECISION DE LA PRESIDENTE
DU 21 JUILLET 2021**

L'an deux mille vingt et un,
Le vingt et un juillet à onze heures,

ORDRE DU JOUR

- **DÉMISSION D'UN DIRECTEUR GÉNÉRAL ;**
- **POUVOIRS EN VUE DES FORMALITÉS.**

Madame Rozenn GAUTRAIS, Présidente de la société, prend acte de la démission de Monsieur Ismail GUENDEZ de ses fonctions de Directeur Général, ce, avec effet au 1^{er} juillet 2021.

Elle lui donne quitus entier et définitif de sa gestion à ces fonctions.

Tous pouvoirs sont conférés au porteur d'une copie ou d'un extrait de procès-verbal de ces décisions, en vue de l'accomplissement des formalités légales de publicité.

Le présent procès-verbal a été signé par la Présidente.

Mme Rozenn GAUTRAIS,





GEDS_33247

Type de document Liasse RCS feuillet 1

Dénomination S.F.N. - SOCIETE DE FRANCHISE NOZ
SIREN 393 948 690
N° de gestion 1994 B 00043
N° chrono 2021/8325
N° de liasse G 5351 248944 6

Date de la formalité 10/09/2021

Type de formalité Modification

Origine de la saisine Art. R. 123-5 Chambre de commerce et d'industrie

Séparateur GED généré GESLIN Magali (MG)
Séparateur GED édité le 10/09/2021 à 10:26:02
Séparateur GED N° GEDS_33247

Centralisation Infogreff Oui
Transmission INPI Non

M3

N° 11683*02

DÉCLARATION RELATIVE AUX ORGANES DE DIRECTION, SURVEILLANCE, CONTRÔLE DE LA PERSONNE MORALE

Sauf pour SARL et SELARL utiliser l'imprimé M3 Sarl/Selarl

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____ Reçu _____
 au Greffe du Tribunal de Commerce
 Reçue le _____ de LAVAL

Transmise le _____
Le : 08 SEP. 2021

- DEMANDE D'INSCRIPTION MODIFICATIVE au RCS, le cas échéant, au RM
 INTERCALAIRE suite du formulaire M2, M2 agricole, M3 (rappeler uniquement dénomination et forme juridique)

Intercalaire N° _____

REmplir dans tous les cas : - si l'imprimé constitue une DEMANDE D'INSCRIPTION MODIFICATIVE au RCS les cadres n° 1, 2, 3, 14, 15
 - si l'imprimé est utilisé à titre d'INTERCALAIRE, les cadres n° 1 et 2

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 DÉNOMINATION S.E.N. – SOCIETE DE FRANCHISE NOZ

Forme juridique société par actions simplifiée

3 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 3 9 3 9 4 8 6 9 0

IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : LAVAL
 SIÈGE OU 1^{er} ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES :
 rés., bât., n°, voie, lieu-dit 5 et 17, rue de Corbusson - ZA le Châtellier II

 AU RM DANS LE DEPT DE _____

Code postal 5 3 9 4 0 Commune SAINT-BERTHEVIN

DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIÉS, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GÉNÉRAL D'ENGAGER LA SOCIÉTÉ,
 AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTRÔLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES (Pour les personnes ayant le pouvoir d'engager la société, remplir également le cadre 11)

4 POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION Date 0 1 0 7 2 0 2 1 Nouveau Partant Remplir cadre 4bis Modification de la situation personnelle Maintenu ancienne qualité _____
 QUALITÉ Directeur Général

Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Dénomination, forme juridique _____
 Domicile/Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
 Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

4
bis PARTANT

Nom de naissance GUENDEZ

Nom d'usage _____ Prénom Ismail

Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____

5 POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION Date _____ Nouveau Partant Remplir cadre 5bis Modification de la situation personnelle Maintenu ancienne qualité _____
 QUALITÉ _____

Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Dénomination, forme juridique _____
 Domicile/Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
 Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

5
bis PARTANT

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____

6 POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION Date _____ Nouveau Partant Remplir cadre 6bis Modification de la situation personnelle Maintenu ancienne qualité _____
 QUALITÉ _____

Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Dénomination, forme juridique _____
 Domicile/Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
 Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

6
bis PARTANT

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____

7 POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION Date / / Nouveau Partant Remplir cadre 7bis Modification de la situation personnelle Maintenu ancienne qualité _____
QUALITÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le / / à _____ Nationalité _____
Dénomination, forme juridique _____
Domicile/Siège _____
Code postal / / Commune _____
Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

7 bis **PARTANT**
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Dénomination, forme juridique _____
Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale / / / /

8 POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION Date / / Nouveau Partant Remplir cadre 8bis Modification de la situation personnelle Maintenu ancienne qualité _____
QUALITÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le / / à _____ Nationalité _____
Dénomination, forme juridique _____
Domicile/Siège _____
Code postal / / Commune _____
Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

8 bis **PARTANT**
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Dénomination, forme juridique _____
Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale / / / /

POUR LES PERSONNES MORALES SOUMISES À L'OBLIGATION LÉGALE DE DÉSIGNER UN REPRÉSENTANT

9 Représentant de la personne morale dirigeante déclarée au cadre N° _____ du M2 M3
Modification du représentant Date / /
 Nouveau Partant Modification de la situation personnelle
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénom _____ Nationalité _____
Né(e) le / / à _____
Domicile _____
Code postal / / Commune _____

10 Représentant de la personne morale dirigeante déclarée au cadre N° _____ du M2 M3
Modification du représentant Date / /
 Nouveau Partant Modification de la situation personnelle
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénom _____ Nationalité _____
Né(e) le / / à _____
Domicile _____
Code postal / / Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MÔRALE AUTRE QUE LE DIRIGEANT

11 Date / / La personne déclarée au cadre N° _____ a le pouvoir d'engager la société. Si son pouvoir est limité à un établissement, indiquer l'adresse de cet établissement :
rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal / / Commune _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

12 AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)
 Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, remplir l'imprimé spécifique pour chaque personne bénéficiaire

OBSERVATIONS :

14 ADRESSE DE CORRESPONDANCE Déclarée au cadre n° 3 _____ Autre _____
Code postal / / Commune _____ Tél _____ Tél _____
Fax/mèl _____

Le présent document constitue une inscription 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.

15 <input checked="" type="checkbox"/> LE REPRÉSENTANT LÉGAL Déclaré au cadre N° _____ <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration nom, prénom/dénomination et adresse _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à SAINT-BERTHEVIN Le 21/07/2021 Nombre d'intercalaire(s) M3 : 0 _____ de volet(s) TNS : 0 _____ Nombre d'imprimé(s) ACCRE : 0 _____	Déclaration n° _____ Signer chaque feuillett séparément
---	---	--