M4

Imprimer

Réinitialiser

cerfa N° 11685*02

DÉCLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n°

Reçue le

Transmise le

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1

N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 8 2 9 5 0 0 3 0 5

☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : NIMES ☐ AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE

Dénomination ABGRALL COMMUNICATION Forme juridique SAS en liquidation

SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES *(rés., bât., n°, voie, lieu-dit)*

Ld Pourcayrargues Code postal 3 0 1 1 0 Commune LES SALLES-DU-GARDON

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ** 3 1 1 2 2 0 2 2

☐ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

3 **PRÉSENCE DE SALARIÉS** dans l'entreprise au moment de la radiation ☐ oui ☐ non

2 bis DATE 3 1 1 2 2 0 2 2

☒ **Clôture de la liquidation**

☐ **Réalisation du transfert de patrimoine** (réunion des parts sociales dans une même main)

☐ **Fusion** ☐ **Scission**

☐ **Autre**

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)

4

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit

Code postal Commune

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit

Code postal Commune

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

5

NOM DE NAISSANCE

Nom d'usage Prénom

Né(e) le à

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale

NOM DE NAISSANCE

Nom d'usage Prénom

Né(e) le à

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

6 **OBSERVATIONS :**

7 **Adresse de correspondance :** Rés., bât., n°, voie, lieu-dit PEGASE ALES 28 Avenue Vincent d'Indy

Code postal 3 0 1 0 0 Commune Alès

Tél 0466431866 Tél

Fax / mèl

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, 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.

8

☒ LE REPRÉSENTANT LÉGAL *nom, prénom/dénomination et adresse*

☐ LE MANDATAIRE *ayant procuration*

☐ AUTRE PERSONNE *justifiant d'un intérêt*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à LES SALLES-DU-GARDON

Le 31-12-2022

Nombre d'intercalaire(s) M' :

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.

M4

Imprimer

Réinitialiser

cerfa N° 11685*02

DÉCLARATION DE RADIATION

PERSONNE MORALE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n°

Reçue le

Transmise le

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1

N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 8 2 9 5 0 0 3 0 5

☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE : NIMES ☐ AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE

Dénomination ABGRALL COMMUNICATION Forme juridique SAS en liquidation

SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES *(rés., bât., n°, voie, lieu-dit)*

Ld Pourcayrargues Code postal 3 0 1 1 0 Commune LES SALLES-DU-GARDON

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ** 3 1 1 2 2 0 2 2

☐ Ambulant, joindre la carte d'ambulant.

3 **PRÉSENCE DE SALARIÉS** dans l'entreprise au moment de la radiation ☐ oui ☐ non

2 bis DATE 3 1 1 2 2 0 2 2

☒ **Clôture de la liquidation**

☐ **Réalisation du transfert de patrimoine** (réunion des parts sociales dans une même main)

☐ **Fusion** ☐ **Scission**

☐ **Autre**

DÉCLARATION RELATIVE À LA FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)

Suite sur intercalaire M'

ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)

4

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit

Code postal Commune

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit

Code postal Commune

Destination : ☐ Suppression ☐ Vente ☐ Autre

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

5

NOM DE NAISSANCE

Nom d'usage Prénom

Né(e) le à

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale

NOM DE NAISSANCE

Nom d'usage Prénom

Né(e) le à

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

6 **OBSERVATIONS :**

7 **Adresse de correspondance :** Rés., bât., n°, voie, lieu-dit PEGASE ALES 28 Avenue Vincent d'Indy

Code postal 3 0 1 0 0 Commune Alès

Tél 0466431866 Tél

Fax / mèl

Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, 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.

8

☒ **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** *nom, prénom/dénomination et adresse*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

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

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à LES SALLES-DU-GARDON

Le 31-12-2022

Nombre d'intercalaire(s) M' :

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.