M2

N°11682*01

DECLARATION DE MODIFICATION

PERSONNE MORALE

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

Déclaration n° _____

reçue le _____ transmise le _____

1
- ☐ Dénomination, forme juridique, capital
- ☐ Transfert du siège
- ☐ Prise d'activité d'une société créée sans activité
- ☐ GIE - GEIE
- ☐ Déclaration relative à un établissement : (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, fermeture)
- ☒ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale
- ☐ Reprise d'activité
- ☒ Dissolution
- ☐ Autre

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 17, 18 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIÉES en indiquant la date de l'évènement.

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

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

☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE **NIMES**

☐ AU RM DANS LE DEPT. DE _____

Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____

Dénomination / Sigle **ABGRALL COMMUNICATION /**

Forme Juridique **SAS**

Siège ou 1er établissement en France pour les sociétés étrangères :

rés., bât., n°, voie, lieudit **Ld Pourcayrargues**

Code Postal 3 0 1 1 0 Commune **LES SALLES-DU-GARDON**

Désignation du centre des impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA _____

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

Date

3
- _____ **DÉNOMINATION** _____
- _____ **Sigle** _____
- _____ **Forme juridique**
- _____ ☐ Société réduite à un associé unique
- _____ **Durée de la personne morale**
- _____ Date de clôture de l'exercice social
- _____ Nom commercial _____

4
- _____ **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

5
- _____ ☐ **Fusion** ☐ **Scission**. Cette opération entraîne ☐ une augmentation de capital

Personnes morales ayant participé à l'opération : _____

Suite sur intercalaire M'

6
- 3 1 1 2 2 0 2 2 **Dissolution.**

Indiquer le liquidateur au cadre 15. *Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 8*

Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution _____

Adresse de liquidation : ☒ siège ☐ adresse du liquidateur ☐ autre : _____

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT

7 **Cette demande concerne** ☐ **UNE OUVERTURE** ☐ **UNE MODIFICATION** ☐ **UN TRANSFERT** ☐ **UNE MISE EN LOCATION GERANCE** ☐ **UNE FERMETURE**

Date

ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

8
- _____ **ANCIEN ETABLISSEMENT :** ☐ Siège ☐ Etablissement principal
- ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement secondaire ☐ Premier établissement en France d'une société étrangère

Adresse : rés., bât., n°, voie, lieudit *(Si différente de celle du cadre 2)* _____

Code postal _____ Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Fermé ☐ Vendu ☐ 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 _____

Suite sur intercalaire M'

Date

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

9
- _____ **ADRESSE** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal _____ Commune _____

☐ **Contrat de domiciliation :** Nom du domiciliataire _____

N° unique d'identification _____

POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salariés ☐ oui ☐ non

Il devient ☐ Principal ☐ Secondaire (seulement si changement de nature).

POUR UN ETABLISSEMENT CREE : ☐ Siège ☐ Siège - Etablissement principal

☐ Etablissement principal ☐ Etablissement secondaire, dans ce cas, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers ☐ oui ☐ non

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

10 3 1 1 2 2 0 2 2 **ACTIVITE :** ❒ Permanente ❒ Saisonnière / ❒ Ambulant

Activité(s) exercée(s) Arrêt activités

Parmi ces activités, indiquer la plus importante

Pour celle-ci, préciser sa nature *en ne cochant qu'une seule case :*

Sa nature : ❒ Comm. de détail ❒ Transport ❒ Services ❒ Import export
❒ Comm.de gros ou Interméd.du com. ❒ Fabrication, production ❒ Profession libérale
❒ Loc. meublés ❒ Montage, installation ❒ Réparation ❒ Bât.,travaux publics
❒ Extraction ❒ Autre

Son lieu d'exercice : ❒ Magasin (surface : m²) ❒ Bureau, cabinet ❒ Sur marché
❒ En clientèle ❒ Usine ❒ Atelier ❒ Dépôt, entrepôt
❒ Sur chantier ❒ Mine, carrière ❒ Autre

L'activité principale de cet établissement devient-elle l'activité principale de l'entreprise ❒ oui ❒ non

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :
❒ adjonction d'activité ❒ suppression partielle d'activité par : ❒ Disparition ❒ Vente ❒ Reprise par le propriétaire ❒ Autre

Date | **Enseigne :**

11 **ORIGINE POUR UN FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL :**
❒ Création, **passez directement au cadre suivant**
❒ Achat ❒ Prise en location gérance ❒ Autre

Précédent exploitant : n° unique identification
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage | Prénoms
Achat, apport : Journal d'annonces légales, date de parution
Nom du journal :
Location-gérance : contrat du au
Renouvellement par tacite reconduction ❒ oui ❒ non
Loueur du fonds : *si différent du précédent exploitant*
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage | Prénoms
Domicile / Siège
Code postal | Commune

12 **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé :** | Date d'embauche du 1er salarié
Total effectif salarié de l'entreprise | dont : | apprentis | VRP

FONDS DONNE EN LOCATION GERANCE

13 **MISE EN LOCATION-GÉRANCE** ❒ Totalité du fonds ❒ Une partie du fonds, laquelle | Salariés présents dans l'établissement ❒ oui ❒ non

Adresse : Rés., Bât., n°, voie, lieudit | Code postal | Commune

Etablissement ❒ Principal ❒ Secondaire **Locataire-gérant** : nom, prénoms/dénomination :

POUR LA SARL DECLARATION SOCIALE *A compléter par le volet social TNS pour le gérant majoritaire - associé unique*

14 **LA NATURE DE LA GERANCE EST MODIFIEE** ❒ oui ☒ non **Si oui, elle devient :**
❒ **MINORITAIRE/EGALITAIRE** ❒ une société est associée
❒ **MAJORITAIRE**, si le conjoint est associé, il participe à l'activité sans être rémunéré ❒ oui ❒ non

14 bis **Si gérant majoritaire partant ou modifié** : N° SS
Caisse d'assurance maladie TNS | Dépt.
Caisse de retraite

DECLARATION RELATIVE AU DIRIGEANT Suite sur intercalaire(s) M' pour les associés indéfiniment et solidairement responsables.

15 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** 3 1 1 2 2 0 2 2 ❒ Nouveau ❒ Partant *Remplir 15bis*
❒ Modification situation personnelle ☒ Maintenu *ancienne qualité* **président**

QUALITE **liquidateur**

Pour les sociétés commerciales, l'intéressé peut-il engager seul la société ☒ oui ❒ non

Nom de naissance **ABGRALL**
Nom d'usage | Prénom **Pierric**
Né(e) le 0 5 0 8 1 9 7 1 à **ALES** | Nationalité **Francaise**
Dénomination, forme juridique
Domicile / Siège **Lieu Dit Pourcayrargues**
Code postal 3 0 1 1 0 | Commune **LES SALLES DU GARDON**
Pour une personne morale Lieu et n° d'immatriculation

REPRESENTANT DE LA PERSONNE MORALE DIRIGEANTE (seulement lorsqu'un texte le prévoit).
Pour modification du représentant ❒ Nouveau ❒ Partant *Remplir 15bis* ❒ Modification situation personnelle

Nom de naissance
Nom d'usage | Prénom
Né(e) le | à | Nationalité
Domicile
Code postal | Commune

15 bis ❒ **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénom / dénomination et forme juridique

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

16 **OBSERVATIONS :**

17 **Adresse de correspondance** ❒ Déclarée au cadre n° ☒ Autre **PEGASE ALES 28 Avenue Vincent d'Indy**
Code Postal 3 0 1 0 0 | Commune **Alès**
Téléphone(s)
Fax / e-mail

18 **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.

☒ **LE REPRESENTANT LEGAL** ***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) | *volet(s) TNS*

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques.

M2 COSA

N°11682*01

DECLARATION DE MODIFICATION

PERSONNE MORALE

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

Déclaration n° _____

reçue le _____ transmise le _____

1

- ☐ Dénomination, forme juridique, capital
- ☐ Transfert du siège
- ☐ Prise d'activité d'une société créée sans activité
- ☐ GIE - GEIE
- ☐ Déclaration relative à un établissement : (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, fermeture)
- ☒ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale
- ☐ Reprise d'activité
- ☒ Dissolution
- ☐ Autre

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 17, 18 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIÉES en indiquant la date de l'évènement.

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2

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

☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE **NIMES**

☐ AU RM DANS LE DEPT. DE _____

Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____

Dénomination / Sigle **ABGRALL COMMUNICATION /**

Forme Juridique **SAS**

Siège ou 1er établissement en France pour les sociétés étrangères :

rés., bât., n°, voie, lieudit **Ld Pourcayrargues**

Code Postal 3 0 1 1 0 Commune **LES SALLES-DU-GARDON**

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

3

Date _____

Dénomination _____

Sigle _____

Forme juridique _____

☐ Société réduite à un associé unique

Durée de la personne morale _____

Date de clôture de l'exercice social _____

Nom commercial _____

4

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

5

Date _____ ☐ **Fusion** ☐ **Scission**. Cette opération entraine ☐ une augmentation de capital

Personnes morales ayant participé à l'opération : _____

Suite sur intercalaire M'

6

3 1 1 2 2 0 2 2 **Dissolution.**

Indiquer le liquidateur au cadre 15. *Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 8*

Nom du journal d'annonces légales _____ Date de parution _____

Adresse de liquidation : ☒ siège ☐ adresse du liquidateur ☐ autre : _____

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT

7 **Cette demande concerne** ☐ **UNE OUVERTURE** ☐ **UNE MODIFICATION** ☐ **UN TRANSFERT** ☐ **UNE MISE EN LOCATION GERANCE** ☐ **UNE FERMETURE**

ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

8

Date _____

ANCIEN ETABLISSEMENT : ☐ Siège ☐ Etablissement principal

☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement secondaire ☐ Premier établissement en France d'une société étrangère

Adresse : rés., bât., n°, voie, lieudit *(Si différente de celle du cadre 2)* _____

Code postal _____ Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Fermé ☐ Vendu ☐ Autre _____

Si maintien d'une activité, de ce fait, l'établissement est : ☐ Siège ☐ Principal ☐ Secondaire

POUR UNE FERMETURE : Destination ☐ Supprimé ☐ Vendu ☐ Autre _____

Suite sur intercalaire M'

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

9

Date _____

ADRESSE : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal _____ Commune _____

☐ **Contrat de domiciliation :** Nom du domiciliataire _____

N° unique d'identification _____

POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE :

Il devient ☐ Principal ☐ Secondaire (seulement si changement de nature).

POUR UN ETABLISSEMENT CREE : ☐ Siège ☐ Siège - Etablissement principal

☐ Etablissement principal ☐ Etablissement secondaire, dans ce cas, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers ☐ oui ☐ non

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

10 31/12/2022 **ACTIVITE :** ❒ Permanente ❒ Saisonnière / ❒ Ambulant

Activité(s) exercée(s) **Arrêt activités**

L'activité principale de cet établissement devient-elle l'activité principale de l'entreprise ❒ oui ❒ non

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

❒ adjonction d'activité ❒ suppression partielle d'activité par : ❒ Disparition ❒ Vente ❒ Reprise par le propriétaire ❒ Autre

11 **ORIGINE POUR UN FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL :**

❒ Création, **passez directement au cadre suivant**

❒ Achat ❒ Prise en location gérance ❒ Autre

Précédent exploitant : n° unique identification

Nom de naissance / Dénomination

Nom d'usage Prénoms

Achat, apport : Journal d'annonces légales, date de parution

Nom du journal :

Location-gérance : contrat du au

Renouvellement par tacite reconduction ❒ oui ❒ non

Louer du fonds : *si différent du précédent exploitant*

Nom de naissance / Dénomination

Nom d'usage Prénoms

Domicile / Siège

Code postal Commune

12 Date **Enseigne :**

FONDS DONNE EN LOCATION GERANCE

13 **MISE EN LOCATION-GÉRANCE** ❒ Totalité du fonds ❒ Une partie du fonds, laquelle

Adresse : Rés., Bât., n°, voie, lieudit Code postal Commune

Etablissement ❒ Principal ❒ Secondaire **Locataire-gérant** : nom, prénoms/dénomination :

POUR LA SARL DECLARATION SOCIALE *A compléter par le volet social TNS pour le gérant majoritaire - associé unique*

14

14 bis

DECLARATION RELATIVE AU DIRIGEANT Suite sur intercalaire(s) M' pour les associés indéfiniment et solidairement responsables.

15 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** 31/12/2022 ❒ Nouveau ❒ Partant *Remplir 15bis*

❒ Modification situation personnelle ☒ Maintenu *ancienne qualité* **président**

QUALITE **liquidateur**

Pour les sociétés commerciales, l'intéressé peut-il engager seul la société ☒ oui ❒ non

Nom de naissance **ABGRALL**

Nom d'usage Prénom **Pierric**

Né(e) le 05/08/1971 à **ALES** Nationalité **Francaise**

Dénomination, forme juridique

Domicile / Siège **Lieu Dit Pourcayrargues**

Code postal 30110 Commune **LES SALLES DU GARDON**

Pour une personne morale Lieu et n° d'immatriculation

REPRESENTANT DE LA PERSONNE MORALE DIRIGEANTE (seulement lorsqu'un texte le prévoit).

Pour modification du représentant ❒ Nouveau ❒ Partant *Remplir 15bis* ❒ Modification situation personnelle

Nom de naissance

Nom d'usage Prénom

Né(e) le à Nationalité

Domicile

Code postal Commune

15 bis ❒ **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénom / dénomination et forme juridique

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

16 **OBSERVATIONS :**

17 **Adresse de correspondance** ❒ Déclarée au cadre n° ☒ Autre **PEGASE ALES 28 Avenue Vincent d'Indy**

Code Postal 30100 Commune **Alès**

Téléphone(s)

Fax / e-mail

18 **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.

☒ **LE REPRESENTANT LEGAL**
❒ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
❒ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à **LES SALLES-DU-GARDON**
le **31-12-2022**
Nombre d'intercalaire(s) *volet(s) TNS*

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques.