

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

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

- ☐ 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 [9/5/3/2/7/9/3/7/9]

☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE Créteil

☐ au RM DANS LE DEPT DE

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

Dénomination / Sigle 3HML SHOP

3 UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société ☐ oui ☐ non

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

4 DENOMINATION

Sigle

Forme juridique

☐ 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

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

☐ 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

10 RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI

7 FUSION SCISSON 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

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

- 11 Cette demande concerne : ☐ OUVERTURE ☐ FERMETURE ☒ MODIFICATION ☐ TRANSFERT ☐ LOCATION-GERANCE ☐ GERANCE-MANDAT

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

Le cas échéant, ancienne commune

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

Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est :

☐ Siège ☐ Principal ☐ Secondaire

14 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.

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

13 Date

2/3/0/9/2/0/2/4 Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit 13 Rue Fernand Leger

Code postal [9/4/8/0/0] Commune VILLEJUIF

L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☒ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement principal ☐ Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)

N° unique d'identification [9/5/3/2/7/9/3/7/9]

☐ Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire

☒ 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

Economique Européen, 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

1423092024ACTIVITEPermanentSaisonnièreAmbulante

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement :vente à distance sur catalogue général

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, précisez

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :
☐ Adjonction (ajout) d'activité
☐ Suppression partielle d'activité par :
☐ Disparition
☐ Vente
☐ Reprise par le propriétaire
☐ Autre, préciser

1523092024NOM COMMERCIAL3HML SHOP

ENSEIGNE

16EFFECTIF SALAIRE de l'établissement créé : 0Date d'embauche du 1er salarié
Effectif salarié de l'entreprise 0dont : 0apprentis 0VRP

18Date

FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

Code postalCommuneSalariés présentsoui non

MISE EN LOCATION-GERANCETotalité du fondsUne 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
Domicile / Siège :
Code postalCommune

EtablissementPrincipalSecondaire

DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE
AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

Date

Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Sarl

19A

POUR DECLARATION DE MODIFICATION

☐ Modification situation personnelle
☐ Nouveau
☐ Partant remplir 19B

QUALITE
Nom de naissance
Profession de santéoui non

Nom d'usage
Prénoms
Nationalité

Né(e) le à
Dénomination, forme juridique

19B

PARTANT

Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique
Profession de santéoui non

Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité sociale

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

2023092024OBSERVATIONS :

21ADRESSE de correspondance de l'entrepriseDéclarée au cadre n°Autre :
13 Rue Fernand Leger
Code postal94800CommuneVILLEJUIF

Tél0751505426Tél

Télécopie / courriel3hmlshop@gmail.com

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'information, 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 réutilisation 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 notices).

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. Quelconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

22LE REPRESENTANT LEGALLE MANDATAIRE ayant procuration

AUTRE PERSONNEjustifiant d'un intérêt

Nom, prénom / dénomination et adresseSAID HOUSSEINI Mohamed
13 Rue Fernand Leger
Code postal94800CommuneVILLEJUIF

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait àVILLEJUIFLe23092024

Nb d'intercalaires(s) : M3 ou M3 Sarl
Nb d'intercalaires JQPA (justification de qualification professionnelle artisanale)
Nombre de volets(s) MBE (bénéficiaires effectifs) : 4de volets(s) TNS

SIGNATURE :
Signer chaque feuillet séparément