M2 cerfa 11682*06

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

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

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

Déclaration N° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|

REMPLIR 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
☐ Transfert de siège
☐ Reprise d'activité
☐ Prise d'activité d'une société créée sans activité
☐ Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
☐ Dissolution : ☐ avec poursuite d'activité ☐ sans poursuite d'activité
☐ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
☐ GIE-GEIE ☒ Autre PERTE DE CAPITAL

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2

N° UNIQUE D'IDENTIFICATION |7|9|1|0|9|9|0|1|3|
☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE METZ
☒ au RM DANS LE DEPT DE MOSELLE |0|5|7|
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
Dénomination / Sigle ABCD'R SERVICES

Forme juridique _____
☒ **Siège ou** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 9B, rue du Général de Gaulle
Code postal |5|7|8|5|5| Commune SAINT PRIVAT LA MONTAGNE
Le cas échéant, ancienne commune _____

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

Date

4

|_|_|_|_|_|_| **DENOMINATION** _____ Sigle _____
|_|_|_|_|_|_| **Forme juridique** _____
|_|_|_|_|_|_| ☐ Société réduite à un 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* _____
|3|0|0|6|2|0|2|4| ☒ 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 _____ Date de parution |_|_|_|_|_|_|
Adresse de liquidation : ☐ Siège ☐ Adresse du liquidateur ☐ Autre _____
☐ 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**

ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

Date

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 _____

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 |_|_|_|_|_|_|_| Suite sur intercalaire M'

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

Date

13

|_|_|_|_|_|_| **Adresse :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement principal ☐ Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
☐ Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____
N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, 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

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

14 ACTIVITE ☐ Permanente ☐ 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 :

☐ Adjonction (ajout) d'activité

☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le propriétaire

☐ Autre, *préciser*

15 **NOM COMMERCIAL**

ENSEIGNE

16 **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé :** Date d'embauche du 1er salarié

Effectif salarié de l'entreprise dont : apprentis VRP

17 **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

Nom d'usage Prénoms

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

Nom d'usage Prénoms

Domicile / Siège

Code postal Commune

Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant

Greffe d'immatriculation

Date **FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT**

18 **ADRESSE :** *rés., bât., n° voie, lieu-dit* Code postal Commune Salariés présents ☐ oui ☐ non

MISE EN LOCATION-GERANCE ☐ Totalité du fonds ☐ Une partie du fonds, laquelle

Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination Etablissement ☐ Principal ☐ Secondaire

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 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** ☐ Nouveau ☐ Partant *remplir 19B*

☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu *ancienne qualité*

QUALITE

Nom de naissance

Nom d'usage Prénoms

Né(e) le à Nationalité

Dénomination, forme juridique

Domicile / Siège

Code postal Commune

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation

☐ Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3

19B ☐ **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique

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

Date **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

20 **OBSERVATIONS :**

21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** ☒ Déclarée au cadre n° 2 ☐ Autre :

Code postal Commune

Tél Tél

Télécopie / courriel

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, 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 ☒ **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 ST PRIVAT LA MONTAGNE Le 30/06/2024

Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl 0 de volet(s) TNS 0

Nombre d'intercalaires JQPA 0 (justification de qualification professionnelle artisanale)

Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : 0

SIGNATURE

ABCD'R SERVICES
9B RUE DU GAL DE GAULLE
57855 ST PRIVAT LA MTGNE
DB 55 05 62 55
RCS 0 0 0 0 0 1300033

Signer chaque feuillet séparément

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