

Imprimer

Réinitialiser

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

Déclaration N° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

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

- 1 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 Parte supérieure à la moitié des capitaux propres

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 924131341864 Forme juridique SAS
 IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE SANS Siège ou 1^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères :
 au RM DANS LE DEPT DE _____ Rés., bât., n°, voie, lieu-dit La Haie Pèlerine, 40 rue des Vignes
 Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____ Code postal 88400 Commune SUBLIGNY
 Dénomination / Sigle 2GD 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

Date 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
- 5 _____ Capital : montant, unité monétaire _____
 Si capital variable : Montant minimum _____
31/12/2023 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

Date 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 _____
- 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 de fin d'emploi du dernier salarié : date _____ Suite sur M'.

Date ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

- 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 _____
 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

14 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 1^{er} 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 mandat _____
 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 _____

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 _____ Profession de santé oui non
 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 _____
 _____ Profession de santé oui non
Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité sociale _____

Date RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

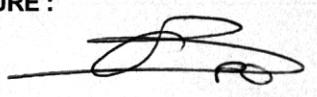
20 _____ **OBSERVATIONS :** _____
21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____
 _____ Code postal _____ Commune _____ Tél _____ Tél _____
 _____ Télécopie / courriel _____

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'informatique, 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. 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 CHAVALLIER ERIC - EC2 CONSEILS
6 bis rue Denis Papin
 Code postal 89000 Commune AUXERRE

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à AUXERRE Le 14/03/2025
 Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl _____
 Nb d'intercalaires JQPA _____ (justification de qualification professionnelle artisanale)
 Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : | de volet(s) TNS |

SIGNATURE :

 Signer chaque feuillet séparément