

13 ACTIVITÉ Permanente Saisonnière / Ambulante

16 ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ Création, passer au cadre suivant Reprise Achat Apport

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

Location-gérance Gérance-mandat Autre Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

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

Nom de naissance / Dénomination _____ Prénoms _____

14 NOM COMMERCIAL _____

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Journal d'Annonces Légales : date de parution _____

15 ENSEIGNE _____

Nom d'usage _____ Domicile / Siège _____ Prénoms _____

17 Date _____

FONDS DONNÉ EN LOCATION-GÉRANCE OU EN GÉRANCE-MANDAT

17 MISE EN LOCATION-GÉRANCE Totalité du fonds Une partie du fonds, laquelle _____

Location-gérance ou Gérance-mandat : Norm, nom d'usage, prénoms/dénomination _____

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire _____

Location-gérance ou Gérance-mandat : N° unique d'identification du mandant _____

18 DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIÉS, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GÉNÉRAL D'ENGAGER LA SOCIÉTÉ, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTRÔLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

18 POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION [1,1,1,0,3,2,0,2,4] Nouveau Partant cadre bis

Domicile / Siège 9 PLAGE EMILE ZOLA _____

QUALITÉ PRESIDENT Maintenu ancienne qualité _____

Code postal [9,5,1,4,0] _____ Commune GARGES LES GONNESSE _____

Nom de naissance PESTA _____ Prénom JAN _____

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

Né(e) le [0,9,0,5,1,9,9,1] à BRNO _____ Nationalité TCHEQUE _____

PARTANT : Nom de naissance, nom d'usage, prénom/Dénomination, forme juridique RECUPERO CARMELO _____

19

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

20

OBSERVATIONS :

21

ADRESSE DE CORRESPONDANCE Déclarée au cadre n° _____ Code postal _____ Autre _____ Commune _____

Tél _____ Fax/mél _____

22

Le présent document constitue une demande de modification 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.

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

SIGNATURE _____ Déclaration n° _____

LE REPRÉSENTANT LÉgal LE MANDATAIRE ayant procuration AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt

Le 31/03/2024
Nombre d'intercalaire(s) M3 ou M3 Sarl/Selart : _____
Nombre d'intercalaire(s) M1 : _____ de volet(s) TNS : _____
Nombre d'imprimé(s) ACCRE : _____

Signer chaque feuillet séparément