

M2**cerfa**

11682*07

Imprimer**Réinitialiser****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.)**REmplir dans tous les cas les cadres n° 1, 2, 21, 22 et les mentions nouvelles ou modifiées 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 PERTE MOITIE CAPITAL

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 8 4 4 5 7 4 8 3 0 <input checked="" type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE CRETEIL <input type="checkbox"/> au RM DANS LE DEPT DE _____	Forme juridique 10 HEURES 45 <input type="checkbox"/> Siège ou <input type="checkbox"/> 1 ^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 112 AVENUE DE PARIS Code postal 9 4 3 0 6 Commune VINCENNES CEDEX Le cas échéant, ancienne commune _____
Dénomination / Sigle _____	

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 <input type="checkbox"/> DENOMINATION _____ <input type="checkbox"/> Forme juridique _____ <input type="checkbox"/> Société réduite à un associé unique <input type="checkbox"/> N'est plus une société à associé unique <input type="checkbox"/> Durée de la personne morale _____ an(s) Date de clôture de l'exercice social _____ jour, mois	7 <input type="checkbox"/> FUSION <input type="checkbox"/> SCISSION Cette opération entraîne <input type="checkbox"/> une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'
5 <input type="checkbox"/> Capital : montant, unité monétaire _____ Si capital variable : Montant minimum _____ 2 6 0 2 2 0 2 5 <input checked="" type="checkbox"/> Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social <input type="checkbox"/> Reconstitution des capitaux propres	8 <input type="checkbox"/> MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE
6 <input type="checkbox"/> Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS <input type="checkbox"/> Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS <input type="checkbox"/> Société à mission <input type="checkbox"/> N'est plus une société à mission	9 <input type="checkbox"/> DISSOLUTION Préciser si : <input type="checkbox"/> Cessation de l'activité <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Adresse du liquidateur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Transmission universelle du patrimoine
	10 <input type="checkbox"/> RUPTURE ANTECIPÉE DU CONTRAT D'APPUI

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11 Cette demande concerne : <input type="checkbox"/> OUVERTURE <input type="checkbox"/> FERMETURE <input type="checkbox"/> MODIFICATION <input type="checkbox"/> TRANSFERT <input type="checkbox"/> LOCATION-GERANCE <input type="checkbox"/> GERANCE-MANDAT	
Date	ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME
12 <input type="checkbox"/> ANCIEN ETABLISSEMENT : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Siège-Etablissement principal <input type="checkbox"/> Etablissement principal <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Fermé <input type="checkbox"/> Autre _____ Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire POUR UNE FERMETURE : Destination <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ L'ETABLISSEMENT DEVIENT : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Siège-Etablissement principal <input type="checkbox"/> Etablissement principal <input type="checkbox"/> Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement) <input type="checkbox"/> Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____ N° unique d'identification _____ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

Date **FONDS DONNÉ EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT**18 _____ **ADRESSE** : rés., bât., n° voie, lieu-dit _____Code postal _____ Commune _____ Salariés présents oui nonMISE 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 _____

Date **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**20 _____ **OBSERVATIONS** : _____21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____

Tél _____ Tél _____

Code postal _____ Commune _____

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 **ACC CONSEILS**
28 RUE DU POMMERETCode postal **781320** Commune **LE MESNIL ST DENIS**

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à **VINCENNES** Le **26022025**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 :**

8E47A5D8318C441...

Signer chaque feuillet séparément

M2**cerfa**

11682*07

Imprimer**Réinitialiser****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.)**REmplir dans tous les cas les cadres n° 1, 2, 21, 22 et les mentions nouvelles ou modifiées 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 PERTE MOITIE CAPITAL

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 8 4 4 5 7 4 8 3 0 <input checked="" type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE CRETEIL <input type="checkbox"/> au RM DANS LE DEPT DE _____	Forme juridique 10 HEURES 45 <input type="checkbox"/> Siège ou <input type="checkbox"/> 1 ^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 112 AVENUE DE PARIS Code postal 9 4 3 0 6 Commune VINCENNES CEDEX Le cas échéant, ancienne commune _____
Dénomination / Sigle _____	

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 <input type="checkbox"/> DENOMINATION _____ <input type="checkbox"/> Forme juridique _____ <input type="checkbox"/> Société réduite à un associé unique <input type="checkbox"/> N'est plus une société à associé unique <input type="checkbox"/> Durée de la personne morale _____ an(s) Date de clôture de l'exercice social _____ jour, mois	7 <input type="checkbox"/> FUSION <input type="checkbox"/> SCISSION Cette opération entraîne <input type="checkbox"/> une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'
5 <input type="checkbox"/> Capital : montant, unité monétaire _____ Si capital variable : Montant minimum _____ 2 6 0 2 2 0 2 5 <input checked="" type="checkbox"/> Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social <input type="checkbox"/> Reconstitution des capitaux propres	8 <input type="checkbox"/> MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE
6 <input type="checkbox"/> Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS <input type="checkbox"/> Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS <input type="checkbox"/> Société à mission <input type="checkbox"/> N'est plus une société à mission	9 <input type="checkbox"/> DISSOLUTION Préciser si : <input type="checkbox"/> Cessation de l'activité <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Adresse du liquidateur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Transmission universelle du patrimoine
	10 <input type="checkbox"/> RUPTURE ANTECIPÉE DU CONTRAT D'APPUI

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11 Cette demande concerne : <input type="checkbox"/> OUVERTURE <input type="checkbox"/> FERMETURE <input type="checkbox"/> MODIFICATION <input type="checkbox"/> TRANSFERT <input type="checkbox"/> LOCATION-GERANCE <input type="checkbox"/> GERANCE-MANDAT	
Date	ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME
12 <input type="checkbox"/> ANCIEN ETABLISSEMENT : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Siège-Etablissement principal <input type="checkbox"/> Etablissement principal <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Fermé <input type="checkbox"/> Autre _____ Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire POUR UNE FERMETURE : Destination <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ L'ETABLISSEMENT DEVIENT : <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Siège-Etablissement principal <input type="checkbox"/> Etablissement principal <input type="checkbox"/> Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement) <input type="checkbox"/> Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____ N° unique d'identification _____ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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** _____16 _____ **ENSEIGNE** _____

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 _____

Greffé d'immatriculation _____

Date**FONDS DONNÉ EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT**18 _____ **ADRESSE** : rés., bât., n° voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Salariés présents oui nonMISE 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** _____

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 M319B **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique _____**Date****RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**20 _____ **OBSERVATIONS** : _____21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____ Tél _____ Tél _____

Code postal _____ Commune _____ 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 intérêtNom, prénom / dénomination et adresse **ACC CONSEILS**
28 RUE DU POMMERETCode postal **781320** Commune **LE MESNIL ST DENIS**

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à **VINCENNES** Le **26/02/2025**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 :**


DocuSigned by:

8E47A5D8318C441...

Signer chaque feuillet séparément