

M2

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.)**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 PERTE MOITIE CAPITAL

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2** **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** 8|4|4|5|7|4|8|3|0|
☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE CRETEIL
☐ au RM DANS LE DEPT DE _____
 Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
Dénomination / Sigle _____
- Forme juridique 10 HEURES 45
☐ **Siège ou** ☐ **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 _____

- 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** _____

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* _____
2|6|0|2|2|0|2|5| ☒ 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

- 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'.

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

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 :

☐ Adjunction (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 _____

Greffé 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 _____ Greffé 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**Date**

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 **ACC CONSEILS****28 RUE DU POMMERET**Code postal **718320** Commune **LE MESNIL ST DENIS**

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

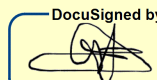
Fait à **VINCENNES** Le **26/02/2025**

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

M2

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.)**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 **PERTE MOITIE CAPITAL**

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2** **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** [8|4|4|5|7|4|8|3|0]
☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE **CRETEIL**
☐ au RM DANS LE DEPT DE _____
 Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
Dénomination / Sigle _____
- Forme juridique **10 HEURES 45**
☐ **Siège ou 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 _____

- 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
- 5** **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
- 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

- 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'.

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

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

Greffé d'immatriculation

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 :

☐ Adjunction (ajout) d'activité
☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le propriétaire
☐ Autre, préciser

15

NOM COMMERCIAL

ENSEIGNE

16

Date

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

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

Date

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

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 POMMERET

Code postal 718320 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