M2 cerfa 11682*07

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
- [X] 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
- [X] Autre changement de date de clôture au 31/12

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2
N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 801938820 Nîmes
[X] IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE ____
[ ] au RM DANS LE DEPT DE ____
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) ____
Dénomination / Sigle ABTIS France

Forme juridique SARLU
[X] **Siège ou** [ ] **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 80 route d'Alès
Code postal 30380 Commune Saint Christol les Alès
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 [X] oui [ ] non

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

Date

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 1510702025
Capital : montant, *unité monétaire* 40000 euros
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** [X] **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 ☐☐☐☐☐☐☐ **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 _____ 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 1/10/2025 **OBSERVATIONS :** changement de date de cloture de l'exercice social au 31 décembre de chaque année.

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 _____

Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à St Christol les Ales Le 1/10/2025

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