RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

INPI
FRANCE

L'INPI a détecté des données personnelles dans ce document.
Un masquage de ces données a été réalisé

Docusign Envelope ID: 4329CE5C-18AF-4AD0-832A-A6B7F0FEC25D

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
☐ 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** ☐ **1er 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

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
|_|_|_|_|_|_|_|_| **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**

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

Docusign Envelope ID: 4329CE5C-18AF-4AD0-832A-A6B7F0FEC25D

☐ 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 |_|_|_|_|_|_| **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 78320 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 :

[redacted]

0E47A3B8...441...

Signer chaque feuillet séparément

Docusign Envelope ID: 4329CE5C-18AF-4AD0-832A-A6B7F0FEC25D

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

☐ 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** ☐ **1er 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

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

	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**

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

Docusign Envelope ID: 4329CE5C-18AF-4AD0-832A-A6B7F0FEC25D

☐ 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

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 _____

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 : _____

_____ 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 78320 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 :

[redacted]
8E47A5D8318C441...

Signer chaque feuillet séparément