

DÉCLARATION DE MODIFICATION OU DE CESSATION D'ACTIVITÉ

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

Imprimer



N° 13905*02

Réinitialiser

MODIFICATION

CESSATION

ACTIVITÉ : COMMERCIALE ARTISANALE LIBÉRALE

(Ne pas utiliser en cas de dépassement de seuil ou d'immatriculation volontaire)

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REPLIR DANS TOUS LES CAS : POUR UNE MODIFICATION LES CADRES N° 1, 9, 10 POUR UNE CESSATION D'ACTIVITÉ LES CADRES N° 1, 2, 9, 10

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 NUMÉRO UNIQUE D'IDENTIFICATION _____ NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____
Prénoms _____ Né(e) le _____ à Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA CESSATION D'ACTIVITÉ

2 POUR UNE CESSATION D'ACTIVITÉ : Date de cessation _____ Si vous êtes ambulant, joindre la carte d'ambulant

DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION DE LA PERSONNE

3 _____ DATE DE MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE :
NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
_____ DATE DE MODIFICATION DU DOMICILE PERSONNEL : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit
Code postal _____ Commune _____

4 CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE
Date _____ Le conjoint ou le pacsé choisit le statut de collaborateur (préciser pour celui-ci)
NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____
Date _____ Le conjoint ou le pacsé demande la suppression de ce statut

5 _____ ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté Modification de la déclaration d'affectation de patrimoine } Dans l'un ou l'autre de ces cas, vous devez remplir l'intercalaire PEIRL AE

DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION D'ACTIVITÉ

6 VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE OUI NON En cas de changement :
_____ DATE DE CHANGEMENT DE L'ADRESSE PROFESSIONNELLE
Ancienne adresse : (Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____ Code postal _____ Commune _____
Nouvelle adresse : (Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit) _____ Code postal _____ Commune _____

7 _____ DATE DE MODIFICATION DE L'ACTIVITÉ Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou forain)
Nouvelle activité exercée _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

8 _____ OBSERVATIONS :

9 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre _____ Tél _____ Tél _____
Code Postal _____ Commune _____ Fax / mèl _____

Le présent document constitue une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et au RSEIRL.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.

10 LE DÉCLARANT Désigné au cadre 1

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le _____

Formulaire PEIRL : oui non

SIGNATURE