	V 2 cerfa DECLAR			ECLARATION DE M	ODIFICATIO	N(S)	RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T Déclaration N°			
[11682*07 Réinitialiser PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)					Description of the state of the				
	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									
	RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION									
3	N° UNIQUE D'IDENTIFICATION					Siège ou Rés., bât., n°, voie Code postal Le cas échéant,	Forme juridique Siège ou 1er établissement en France pour les sociétés étrangères : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit Code postal 1 Commune Le cas échéant, ancienne commune la direction de la société 1 oui 1 non			
	Date			DECLARA	TION RELATIVE A LA N	ODIFICATION	DE LA PERSONNE MORALE			
4				S	Sigle		7			
	Société réduite à un associé unique N'est plus une société à associé unique Durée de la personne morale an(s)			8	MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE					
				9						
5	Capital : montant, unité monétaire						Indiquer le liquidateur au cadre 19A sauf pour une transmission universelle du patrimoine Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12			
	Si capital variable : Montant minimum Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social Reconstitution des capitaux propres Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS			Nom du supp	Nom du support d'annonces légales Date de parution Date de parution Adresse de liquidation : Siège Adresse du liquidateur Autre					
6				— ☐ Transmiss	─────────────────────────────────────					
	☐ ☐ Société à mission									
					ARATION RELATIVE A U	N ETABLISSEN	MENT ET A L'ACTIVITE			
11	Cette deman	de concerne :	OUVERTURE	☐ FERMETU	JRE 🗌 MODIFICATION	N 🗌 TRANSF	ERT LOCATION-GERANG	CE GERANCE-MANDAT		
	Date				ETABLISSEMENT T	RANSFERE OU F	ERME			
12				-	-Etablissement principal	POUR UN TRANSFERT : Destination				
				Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est : Siège Principal Secondaire						
	Code postal Commune			POUR UNE FERMETURE : Destination						
Le cas échéant, ancienne commune					ETADI ISSEMENT CE	Si cessation d'emploi de tout salarié, date de fin d'emploi du dernier salarié : date Suite sur M'.				
13	Date ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE Code postal Commune						nune			
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 N° unique d'identification										
	☐ siège fixé au domicile du représentant légal, cocher la case uniquement dans le cadre de la domiciliation Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espa Economique Européen, indiquer le pays,le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'				le l'Union Européenne ou de l'Es		POUR UN ETABLISSEMENT CRE	IFIE: Présence de salarié ☐ Oui ☐ Non E: s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une s rapports juridiques avec les tiers ☐ Oui ☐ Non		

14	ACTIVITE Permanente Saisonnière / Ambulante Activité(s) exercée(s) dans l'établissement :		17	ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE Création, passer au cadre suivant Reprise	Achat Annort				
	Activite(s) exercee(s) dans retablissement .			☐ Location, passer au caure survant ☐ Reprise ☐ Actiat ☐ Apport ☐ Location-gérance ☐ Gérance-mandat ☐ Autre					
	uez la plus importante :			Précédent exploitant : N° unique d'identification					
	Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :			Nom de naissance / Dénomination					
	☐ Fabrication, production ☐ Bâtiments, travaux publics ☐ Commerce de	e gros		Nom d'usage Prénoms					
		e détail sur marché		Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)					
	☐ Commerce de détail sur Internet ☐ Autre, <i>préciser</i>			Support d'annonces légales : date de parution Lill Nom du support :					
	En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :			Location-gérance - Gérance-mandat Dates du contrat : début					
	Adjonction (ajout) d'activité								
	☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le prop			Renouvellement par tacite reconduction					
	Autre, préciser			Loueur du fonds ou Mandant du fonds Nom de naissance / Dénomination					
15	NOM COMMERCIAL			Nom d'usage Prénoms					
	ENSEIGNE			Domicile / Siège					
16	EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé : Date d'embauche du 1er salar	ié		Code postal 🔃 📋 Commune					
	Effectif salarié de l'entreprise dont : apprentis VRP		_	Pour la gérance-mandat N° unique d'identification o	du mandant 📗 📗 📗 📗				
	<u> </u>			Greffe d'immatriculation _					
		EN LOCATION-GI	ERA	NCE OU EN GERANCE-MANDAT					
18			_ Co	de postal Commune	Salariés présents 🗌 oui 🔲 non				
	MISE EN LOCATION-GERANCE 🗌 Totalité du fonds 🗍 Une partie du fonds, laquelle								
				Etablissement Principal Secondaire					
	Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire								
Domicile / Siège : Code postal _ Commune									
	DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOC Date AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE,								
19A	A LILILI POUR DECLARATION DE MODIFICATION Nouveau Partant remplir 19B Domicile / Siège								
	☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité	,	Code postal _ Commune Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation						
	QUALITE Profession de sant								
	Nom de naissance		Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3						
	Nom d'usage Prénoms		19B	PARTANT Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique					
	Né(e) le Lilipin à Nationalité			Profession de santé un un non					
	Dénomination, forme juridique			Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité	「NS:N° de sécurité sociale				
	Date RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES								
20	OBSERVATIONS :								
21	ADRESSE de correspondance de l'entreprise Déclarée au cadre n° A	utre :		Tél	Tél				
	Code postal								
	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								
		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 ins 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 Certifie l'exacti				ide des renseignements donnés SIGNATURE :					
	☐ AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt Fait à _			Le Le					
				Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl					
			res JQPA (justification de qualification professionnelle artisanale)						
Code postal Commune					Signer chaque feuillet séparément				

	M2 cerfa DECLARATION DE MO	DIFICATION(S)		RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T Déclaration N°					
ļ	Inprimer Réinitialiser PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile	Reçue le Transmise							
	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 □ Autre □ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil) □ Reprise d'activité □ Dissolution : □ avec poursuite d'activité □ sans poursuite d'activité □ GIE-GEIE □ Autre □ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)								
	RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION								
2	N° UNIQUE D'IDENTIFICATION	Forme juridique Siège ou 1er établissement en France pour les sociétés étrangères : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit Code postal 1 Commune 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								
	Date DECLARATION RELATIVE A LA MO	ODIFICATION	DE LA PERSONNE MORALE						
4	Sigle	7 LILILI FUSION SCISSION Cette opération entraîne une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'							
	Société réduite à un associé unique N'est plus une société à associé unique	8 LILILI MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE							
	Durée de la personne morale an(s) Date de clôture de l'exercice social jour, mois	9 LILILI DISSOLUTION Préciser si : Cessation de l'activité Poursuite de l'activité							
5	Capital: montant, unité monétaire	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 Date de parution Adresse de liquidation : Siège Adresse du liquidateur Autre							
	Si capital variable : <i>Montant minimum</i> Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social Reconstitution des capitaux propres								
6		☐ Transmission universelle du patrimoine							
		0 LILI RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI							
	DECLARATION RELATIVE A UN	ETABLISSEN	IENT ET A L'ACTIVITE						
11	Cette demande concerne : OUVERTURE FERMETURE MODIFICATION	☐ TRANSF	ERT _ LOCATION-GERANC	E GERANCE-MANDAT					
	Date ETABLISSEMENT TRA	ANSFERE OU F	ERME						
12	Le cas échéant, ancienne commune 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 ☐ Commune ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	POUR UN TRANSFERT : Destination							
	Date ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE								
13	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 domiciliatio Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Especonomique Européen, indiquer le pays,le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'	•	POUR UN ETABLISSEMENT CREE	IFIE: Présence de salarié ☐ Oui ☐ Non E: s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une s' rapports juridiques avec les tiers ☐ Oui ☐ Non					

14	ACTIVITE Permanente Saisonnière / Ambulante		17	ORIGINE DU FONDS OU ORIC	SINE DE L'ACTIVITE			
	Activité(s) exercée(s) dans l'établissement :			☐ Création, passer au cadre suivant ☐ Reprise ☐ Achat ☐ Apport				
				☐ Location-gérance ☐ Gérance-mandat ☐ Autre				
	Indiquez la plus importante :			Précédent exploitant : N° unique	ue d'identification _			
	Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :			Nom de naissance / Dénominat Nom d'usage	ion Prénom:			
	☐ Fabrication, production ☐ Bâtiments, travaux publics ☐ Commerce de Commerce					ans le cadre d'un plan de cession)		
	Commerce de détail sur Internet Autre, <i>préciser</i>	détail sur marché		Support d'annonces légales : da				
				Nom du support :				
	En cas de modification d'activité, elle résulte d'une : Adjonction (ajout) d'activité			Location-gérance - Gérance-mandat Dates du contrat : début fin fin				
	Suppression partielle d'activité par : Disparition Vente Reprise par le propi	iétaire						
	☐ Autre, <i>préciser</i>			Renouvellement par tacite reconduction				
4.5				Nom de naissance / Dénominat	ion			
15	NOM COMMERCIAL			Nom d'usage	Prénom:	S		
	ENSEIGNE		_	Domicile / Siège				
16				Code postal Com		n du mandant		
					unique d'identification effe d'immatriculation			
	Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT							
18						Salariás prácents □ oui □ non		
10		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	Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire						
Domicile / Siège : Code postal Commune								
DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE						PERSONNE MORALE		
	Date AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, A	AUX COMMISSAI	IRES A	AUX COMPTES Suite sur le	es intercalaires M3 ou	M3 Sarl / Selarl		
19A	POUR DECLARATION DE MODIFICATION Nouveau Pa	rtant <i>remplir 19B</i>	Dom	icile / Siège				
	☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité		Code	Code postal Commune				
	QUALITE		Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation					
	Nom de naissance			Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3				
	Nom d'usage Prénoms							
	Né(e) le à Nationalité Dénomination, forme juridique							
		EIGNEMENTS CO	OMPLI	EMENTAIRES				
20	OBSERVATIONS :							
21	ADRESSE de correspondance de l'entreprise 🔲 Déclarée au cadre n° 💹 🔲 A				Tél			
	Code postal LILI	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 répondeur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'u 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 au						es des personnes physiques à ce questionnaire. Ils		
	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							
22	22 LE REPRESENTANT LEGAL LE MANDATAIRE ayant procuration Certifie l'exactitude des renseignements donnés SIGNATURE :					SIGNATURE :		
				Le [S.G.O.T. GILL		
Nom, prénom / dénomination et adresse Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl Nb d'intercalaires JQPA (justification professionnelle artisanale) Code postal Commune Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : de volet(s) TNS Signer chaque feuillet séparément								
						Signer chaque feuillet séparément		