

14	ACTIVITE	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière / <input type="checkbox"/> Ambulante	17	ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE	<input type="checkbox"/> Création, passer au cadre suivant <input type="checkbox"/> Reprise <input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Apport
Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement :			<input type="checkbox"/> Location-gérance <input type="checkbox"/> Gérance-mandat <input type="checkbox"/> Autre		
Autre(s) activité(s) :			Précédent exploitant : N° unique d'identification :		
Indiquer la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case : <input type="checkbox"/> Fabrication, production <input type="checkbox"/> Bâtiment, travaux publics <input type="checkbox"/> Commerce de gros <input type="checkbox"/> Commerce de détail en magasin (surface : m²) <input type="checkbox"/> Commerce de détail sur marché <input type="checkbox"/> Commerce de détail sur Internet <input type="checkbox"/> Autre précisez :			Nom de naissance / Dénomination :		
En cas de modification d'activité, elle résulte d'une : <input type="checkbox"/> Adjonction d'activité <input type="checkbox"/> Disparition <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Suppression partielle d'activité par : <input type="checkbox"/> Reprise par le propriétaire <input type="checkbox"/> Autre			Nom d'usage :		
NOM COMMERCIAL			Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Journal d'Annonces Légales : date de parution :		
ENSEIGNE			Nom du journal :		
EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé :			Location-gérance - Gérance-mandat Dates du contrat : début : fin :		
Date d'embauche du 1 ^{er} salarié :			Renouvellement par tacite reconduction <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Effectif salarié de l'entreprise :			Loueur du fonds ou Mandant du fonds		
Date			Nom de naissance / Dénomination :		
FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT			Nom d'usage :		
MISE EN LOCATION-GERANCE <input type="checkbox"/> Totalité du fonds <input type="checkbox"/> Une partie du fonds, laquelle :			Domicile / Siège :		
Localité-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms/ dénomination :			Code postal : Commune :		
Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire :			Code postal : Commune :		
Domicile / Siège :			Salariés présents <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIES, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE.			Etablissement <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secondaire		
AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES			Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Salarié		
19			19B		
POUR DECLARATION DE MODIFICATION			Domicile / Siège :		
<input type="checkbox"/> Modification de la situation personnelle <input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Partant cadre			Code postal : Commune :		
QUALITE			Pour une personne morale : Lieu et N° d'immatriculation :		
Nom de naissance :			<input type="checkbox"/> Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3		
Nom d'usage :			Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale :		
Né(e) le : à : Prénom : Nationalité :			19B		
Dénomination, forme juridique :			Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale :		
20			AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)		
<input type="checkbox"/> Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, remplir l'imprimé spécifique pour chaque personne bénéficiaire			RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		
21			21		
OBSERVATIONS : CONTINUATION DE L'ACTIVITE MALGRE UN ACTIF NET INFÉRIEUR A LA MOTIE DU CAPITAL SOCIAL			Tél. 01 42 66 17 32		
22			22		
ADRESSE de correspondance <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n°1 <input checked="" type="checkbox"/> Autre : CABINET-D-EXPERTCOMPTABLE.COM			Tél. 01 42 66 17 32		
23			23		
LE PRESENT DOCUMENT CONSTITUE UNE DEMANDE DE MODIFICATION AU RCS, RM, LE CAS ÉCHÉANT, AU REB, 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.			SIGNATURE		
<input checked="" type="checkbox"/> LE REPRESENTANT LEGAL nom, prénom / dénomination et adresse			Déclaration N°		
<input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration			Certifie l'exactitude des renseignements donnés		
<input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt			Fait à : SENLIS Le 30/06/2023		
			Nombre d'intercalaire(s) M3 ou M3 Sarl / salarié :		
			Nombre d'intercalaire(s) M :		
			Nombre d'imprimé(s) ACCRES :		
			Nombre d'imprimé(s) JOPA :		
			Signer chaque feuillet séparément		

ca tyi-efano fougnot
XL

M2



N° 11682*03

DECLARATION DE MODIFICATION

PERSONNE MORALE

Imprimer Réinitialiser

- 1 ☐ 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, mandat, fermiure)
☐ Dissolution : ☐ avec poursuite d'activité ☐ sans poursuite d'activité

- ☐ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
☐ GIE-GEIE
☒ Autre : POURSUITE D'ACTIVITES

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T
Déclaration N°
Reçue le
Transmise le

REMPLEZ DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 22, 23 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'événement

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 1512141731141

- ☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE COMPAGNE
☐ AU RM DANS LE DEPT DE
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) :

Dénomination / Siège : LGS VTC
Forme juridique : S.A.R.L.
Siège ou 1^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères : rés., bati, n°, voie, lieu-dit
1, rue de la Fontaine Saint-Jean,
Code postal 1512141731141 Commune : MONTAUDO

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 Date DENOMINATION Siège

- Forme juridique :
☐ Société réduite à un associé unique
Durée de la personne morale :
Date de clôture de l'exercice social :

- Capital : montant, unité monétaire :
Si capital variable : Montant minimum :
13/10/1912/10/21/31 ☒ Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
☐ Reconstitution des capitaux propres

9 DISSOLUTION

Indiquer le liquidateur au cadre 19 sauf pour une transmission universelle du patrimoine
Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 12
Nom du journal d'annonces légales : Date de parution :
Adresse de liquidation : ☐ siège ☐ adresse du liquidateur ☐ Autre :

- ☐ Transmission universelle du patrimoine
10 RUPTURE ANTICIPÉE DU CONTRAT D'APPEL

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11 Cette demande concerne : ☐ OUVERTURE ☐ FERMETURE ☐ MODIFICATION

ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

- 12 Ancien Etablissement : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal
☐ Etablissement principal ☐ Secondaire ☐ Premier établissement en France d'une société étrangère
Adresse : rés., bati, n°, voie, lieu-dit (si différente de celle du cadre 2) :
Code postal : 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 : Suite sur intercalaire M°

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

13 Date ADRESSE : rés., bati, app., étage, n°, voie, lieu-dit :
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement principal

N° unique d'identification :
Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire :

Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le N° d'immatriculation sur l'intercalaire M°

Code postal : Commune :
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