

# **DÉCLARATION DE RADIATION**

,	,								
RES	ERVÉ	ΔΙΙ	CFF	MG		ח	RE	= F	K
ILC	LIVAL	70		IVI O	0 1		ים	- '	1.



### PERSONNE MORALE

Déclaration n°
Reçue le
Transmise le

RAPPEL D'IDENTIFICATION						
N° UNIQUE D'IDENTIFICATION  ☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE :  Dénomination  SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES (rés., bât., n°, voie,	Forme juridique					
DÉCLARATION RI	LATIVE À LA PERSONNE  DATE					
DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ	DATE					
PRÉSENCE DE SALARIÉS dans l'entreprise au moment de la radiation ☐ oui ☐ non	☐ Fusion ☐ Scission ☐ Autre					
	A FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT(S)  Suite sur intercalaire M'					
ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE	LE SIÈGE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)					
Adresse: Rés., bât., n°, voie, lieu-dit	Code postal Commune Commune Autre					
DÉCLARATION SOCIALE à remplir p	ar les personnes affiliées au régime TNS					
NOM DE NAISSANCE  Nom d'usage Prénom  Né(e) le à  Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale	NOM DE NAISSANCE   Že					
RENSEIGNEMEN	ITS COMPLÉMENTAIRES					
OBSERVATIONS:	OBSERVATIONS:					
Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit						
Nom d'usage Prénom Nom d'usage Prénom Prénom Né(e) le à Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale						
LE REPRÉSENTANT LÉGAL  nom, prénom/dénomination et adresse  Certifie l'exactitude des renseignements donnés  Fait à  Le  Nombre d'intercalaire(s) M' :						



## **DÉCLARATION DE RADIATION**

,	,								
RES	ERVÉ	ΔΙΙ	CFF	MG		ח	RE	= F	K
ILC	LIVAL	70		IVI O	0 1		ים	- '	1.



### PERSONNE MORALE

Déclaration n°
Reçue le
Transmisa la

	RAPPEL D'IDENTIFICATION					
1	Dénomination  SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES (rés., bât., n°, voie, lieu-dit)	AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE				
	DÉCLARATION RELATIVE	À LA PERSONNE				
2	Ambulant, joindre la carte d'ambulant.	DATE              Clôture de la liquidation  Réalisation du transfert de patrimoine (réunion des parts sociales dans une même main)  Fusion   Scission				
		☐ Autre				
	DÉCLARATION RELATIVE À LA FERME	ETURE D'ÉTABLISSEMENT(S) Suite sur intercalaire M'				
	ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈ	GE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)				
4	Code postal Commune Commune	Adresse: Rés., bât., n°, voie, lieu-dit				
	DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les p	ersonnes affiliées au régime TNS				
5						
	RENSEIGNEMENTS COM	PLÉMENTAIRES				
6	OBSERVATIONS :					
7	Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit Code postal Commune	Tél Tél fax/mèl fixed parties a la constant de la con				
	Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut à l'inspection du travail. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou inco					
8	LE MANDATAIRE ayant procuration  Le	ude des renseignements donnés  SIGNATURE  alaire(s) M':				



## **DÉCLARATION DE RADIATION**

,	,								
RES	ERVÉ	ΔΙΙ	CFF	MG		ח	RE	= F	K
ILC	LIVAL	70		IVI O	0 1		ים	- '	1.



### PERSONNE MORALE

Déclaration n°
Reçue le
Transmisa la

	RAPPEL D'IDENTIFICATION					
1	Dénomination  SIÈGE OU 1er ÉTABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES (rés., bât., n°, voie, lieu-dit)	AU RM DANS LE DÉPARTEMENT DE				
	DÉCLARATION RELATIVE	À LA PERSONNE				
2	Ambulant, joindre la carte d'ambulant.	DATE              Clôture de la liquidation  Réalisation du transfert de patrimoine (réunion des parts sociales dans une même main)  Fusion   Scission				
		☐ Autre				
	DÉCLARATION RELATIVE À LA FERME	ETURE D'ÉTABLISSEMENT(S) Suite sur intercalaire M'				
	ÉTABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE SIÈ	GE ET SIMULTANÉMENT FERMÉ(S)				
4	Code postal Commune Commune	Adresse: Rés., bât., n°, voie, lieu-dit				
	DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les p	ersonnes affiliées au régime TNS				
5						
	RENSEIGNEMENTS COM	PLÉMENTAIRES				
6	OBSERVATIONS :					
7	Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit Code postal Commune	Tél Tél fax/mèl fixed parties a la constant de la con				
	Le présent document constitue une déclaration de radiation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut à l'inspection du travail. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou inco					
8	LE MANDATAIRE ayant procuration  Le	ude des renseignements donnés  SIGNATURE  alaire(s) M':				