P4 CMB

DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n°.....
Reçue le.....
Transmise le.....

PERSONNE PHYSIQUE

Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France.
La fermeture d'établissements relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé P2.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **Numéro unique d'identification** I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

❑ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE .....

❑ AU RM DANS LE DEPARTEMENT DE ..... I_I_I_I

❑ **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

2 **NOM DE NAISSANCE** .....

Nom d'usage .....

Prénom(s) ..... Né(e) le I_I_I_I_I_I_I_I

Dépt. I_I_I Commune / Pays .....

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE**

Date de la cessation I_I_I_I_I_I_I_I ❑ Cessation consécutive au décès de l'exploitant Si cessation d'emploi de tout salarié, date I_I_I_I_I_I_I_I

Si vous êtes : ❑ Ambulant Joindre obligatoirement à la demande la carte d'ambulant

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

4 **ETABLISSEMENT PRINCIPAL :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit .....

Code postal I_I_I_I_I Commune.....

Le cas échéant, ancienne commune* .....

** en cas de fusion de communes, notamment pour distinguer les voies homonymes au sein de la commune nouvelle*

Destination : ❑ Suppression ❑ Vente ❑ Autre.....

4B **AUTRE ETABLISSEMENT DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit .....

Code postal I_I_I_I_I Commune.....

Le cas échéant, ancienne commune.....

Destination : ❑ Suppression ❑ Vente ❑ Autre.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 **OBSERVATIONS :** .....

6 **ADRESSE de correspondance** ❑ Déclarée au cadre n° .... ❑ Autre : .....
..... Code postal I_I_I_I_I Commune.....

Tél..... Tél.....
Télécopie / courriel.....

Le présent document constitue une demande de radiation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL, 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.

7 ❑ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

❑ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

❑ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Nom, prénom / dénomination et adresse

.....
.....
.....

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à .....

Le .....

Intercalaire PEIRL : ❑ oui ❑ non Nombre : ___

Nombre d'intercalaire(s) P' : ___

SIGNATURE

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.