

M2

11682*06

DECLARATION DE MODIFICATION(S)**RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T**

Imprimer

Réinitialiser

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)

Déclaration N° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REEMPLIR 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

- 2** **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** [8|2|3|1|6|9|5|8|6]
 IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE ROUEN
 au RM DANS LE DEPT DE _____
 Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
Dénomination / Sigle ZETA
 Forme juridique Sté par actions simplifiée
 Siège ou **1^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 67 Rue Charles Lindbergh
 Code postal 7|6|5|2|0 Commune Boos
 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 MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

- 4** _____ **DENOMINATION** _____
 _____ Sigle _____
 _____ **Forme juridique** _____
 Société réduite à un associé unique
 _____ **Durée de la personne morale** _____ an(s)
 _____ Date de clôture de l'exercice social _____ jour, mois
- 5** _____ **Capital** : montant, *unité monétaire* _____
 Si capital variable : *Montant minimum* _____
 Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
 Reconstitution des capitaux propres
- 6** _____ Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS
 _____ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS
 _____ Société à mission
 _____ N'est plus une société à mission
- 7** _____ **FUSION** **SCISSION** Cette opération entraîne une augmentation de capital.
 Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'
- 8** _____ **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE**
- 9** _____ **DISSOLUTION** Préciser si : Cessation de l'activité Poursuite de l'activité
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 _____
 Adresse de liquidation : Siège Adresse du liquidateur Autre _____
 Transmission universelle du patrimoine
- 10** _____ **RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

- 11** Cette demande concerne : **OUVERTURE** **FERMETURE** **MODIFICATION** **TRANSFERT** **LOCATION-GERANCE** **GERANCE-MANDAT**

Date ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

- 12** [2|8|0|7|2|0|2|2] **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) 67 Rue Charles Lindbergh
 _____ Code postal 7|6|5|2|0 Commune Boos
 Le cas échéant, ancienne 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'

Date ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

- 13** [2|8|0|7|2|0|2|2] **Adresse** : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* 41 Allée des deux fermes _____ Code postal 7|6|1|6|0 Commune ST MARTIN DU VIVIER
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 _____
 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'
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

14 | 2|8|0|7|2|0|2|2| **ACTIVITE** Permanente Saisonnière / Ambulante
 Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : La propriété, la mise en valeur, l'administration et l'exploitation par bail ou autrement de tous immeubles et droits immobiliers, de tous
 Indiquez la plus importante : La propriété, la mise en valeur, l'administration et l'exploitation
 Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :
 Fabrication, production Bâtiments, travaux publics Commerce de gros
 Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²) Commerce de détail sur marché
 Commerce de détail sur Internet Autre, *préciser* _____
En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :
 Adjonction (ajout) d'activité
 Suppression partielle d'activité par : Disparition Vente Reprise par le propriétaire
 Autre, *préciser* _____

15 | _____ **NOM COMMERCIAL** _____
 _____ **ENSEIGNE** _____

16 | **EFFECTIF SALARIE** de l'établissement créé : _____ Date d'embauche du 1^{er} salarié _____
 Effectif salarié de l'entreprise _____ dont : _____ apprentis _____ VRP _____

17 | **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**
 Création, *passer au cadre suivant* Reprise Achat Apport
 Location-gérance Gérance-mandat Autre _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
 Support d'annonces légales : date de parution _____
 Nom du support : _____
Location-gérance - Gérance-mandat
 Dates du contrat : début _____ fin _____
 Renouvellement par tacite reconduction oui non
 Loueur du fonds ou Mandant du fonds
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Domicile / Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant _____
 Greffe d'immatriculation _____

Date **FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT**

18 | _____ **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 _____ Greffe d'immatriculation / Département pour RM _____
 Domicile / Siège : _____ Code postal _____ Commune _____

DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE
Date **AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES** Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

19A | _____ **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Nouveau Partant *remplir 19B*
 Modification situation personnelle Maintenu *ancienne qualité* _____
QUALITE _____
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____
 Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3
19B | **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique _____
Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité sociale _____

Date **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

20 | _____ **OBSERVATIONS** : _____

21 | **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** Déclarée au cadre n° 13 Autre : _____
 _____ Code postal _____ Commune _____
 Tél 0235613070 Tél _____
 Télécopie / courriel secretariat@fortium.fr

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, 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*
 AUTRE PERSONNE *justifiant d'un intérêt*
 Nom, prénom / dénomination et adresse FORTIUM CONSEIL 75 allée
Paul Langevin M. DALION Alexandre
 Code postal 7|6|2|3|0 Commune BOIS GUILLAUME

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à BOIS-GUILLAUME Le 2|9|0|7|2|0|2|2
 Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl 0 de volet(s) TNS 0
 Nombre d'intercalaires JQPA 0 (justification de qualification professionnelle artisanale)
 Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : 0

SIGNATURE :
 art. A.123-4 c. com.
Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION
1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée
FUSION – SCISSION
 Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

2	Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffes d'immatriculation
				_____ _____ _____ _____ _____	

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____	Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____
---	--

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EEE
4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

5 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le _____ à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____	NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le _____ à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____
---	--

SUITE DÉCLARATION
6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14
 Si modification Date _____ Suite 1 de activité(s) exercée(s) (cadre 14): biens et droits pouvant constituer l'accessoire, l'annexe ou le complément des



N° 11681*02

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA _____ Forme juridique Sté par actions simplifiée _____

FUSION – SCISSION

Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

2	Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffe d'immatriculation

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal | | | | | | Commune _____ Code postal | | | | | | Commune _____
 Destination : Supprimé Vendu Autre _____ Destination : Supprimé Vendu Autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date | | | | | | Si cessation d'emploi de tout salarié : date | | | | | |

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EE

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

5 NOM DE NAISSANCE _____ NOM DE NAISSANCE _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____ Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le | | | | | | à _____ Né(e) le | | | | | | à _____
 Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale | | | | | | Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale | | | | | |

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14 _____
 Si modification Date | | | | | | Suite 3 de activité(s) exercée(s) (cadre 14): construction d'immeubles, acquisition en l'état futur d'achèvement, l'emprunt de



N° 11681*02

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée

FUSION – SCISSION Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffes d'immatriculation
			_____ _____ _____ _____ _____	

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____
 Destination : Supprimé Vendu Autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EEE

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

5 **NOM DE NAISSANCE** _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____
 Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14
 Si modification Date _____ Suite 4 de activité(s) exercée(s) (cadre 14): fonds nécessaires aux acquisitions ou constructions desdits biens et la constitution



N° 11681*02

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée

FUSION – SCISSION Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

2	Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffe d'immatriculation

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

<p>3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date </p>	<p>Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date </p>
---	---

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EE

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

<p>5 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale </p>	<p>NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale </p>
--	--

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14
Si modification Date | | | | | | | | Suite 5 de activité(s) exercée(s) (cadre 14): de garanties y relatives ; la propriété et la gestion d'un portefeuille de valeurs

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.

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée

FUSION – SCISSION Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

2	Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffe d'immatriculation
				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Destination : Supprimé Vendu Autre _____
Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____

Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Destination : Supprimé Vendu Autre _____
Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EE

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

5 **NOM DE NAISSANCE** _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le _____ à _____
Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____

NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le _____ à _____
Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14
Si modification Date _____ Suite 6 de activité(s) exercée(s) (cadre 14): mobilières, droits sociaux ou autres titres détenus.



N° 11681*02

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée

FUSION – SCISSION

Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffe d'immatriculation																																																		
			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																			

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

<p>3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____</p> <p>Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____</p> <p>Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>Si cessation d'emploi de tout salarié : date [] [] [] [] [] [] [] []</p>	<p>Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____</p> <p>Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____</p> <p>Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>Si cessation d'emploi de tout salarié : date [] [] [] [] [] [] [] []</p>
---	---

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EE

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

<p>5 NOM DE NAISSANCE _____</p> <p>Nom d'usage _____ Prénom _____</p> <p>Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] à _____</p> <p>Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p>	<p>NOM DE NAISSANCE _____</p> <p>Nom d'usage _____ Prénom _____</p> <p>Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] à _____</p> <p>Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p>
--	--

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14
Si modification Date [] [] [] [] [] [] [] [] Suite 1 de l'activité la plus importante (cadre 14): par bail ou autrement de tous immeubles et droits immobiliers, de tous biens et

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée

FUSION – SCISSION

Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

2	Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffe d'immatriculation
				_____ _____ _____ _____ _____	

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____
 Destination : Supprimé Vendu Autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EE

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

5 NOM DE NAISSANCE _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____
 Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14
 Si modification Date _____ Suite 2 de l'activité la plus importante (cadre 14): droits pouvant constituer l'accessoire, l'annexe ou le complément des

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée

FUSION – SCISSION
Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffe d'immatriculation

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____	Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____
--	--

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EEE

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

5 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le _____ à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____	NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le _____ à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____
--	--

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14
Si modification Date _____ Suite 5 de l'activité la plus importante (cadre 14): de fonds nécessaires aux acquisitions ou constructions desdits biens et la

INTERCALAIRE – Suite des imprimés M2 – M4 – M2 Agricole - M4 Agricole

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Raison sociale ou Dénomination ZETA Forme juridique Sté par actions simplifiée

FUSION – SCISSION

Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération

Suite M2

Dénomination	Forme juridique	Adresse du siège	Numéro unique d'identification	Greffe d'immatriculation
			_____ _____ _____ _____ _____	

ÉTABLISSEMENTS FERMÉS dans le ressort du même greffe (M2) et dans tous les ressorts (M4)

Suite M2 et M4

3 Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____	Adresse : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____ Destination : <input type="checkbox"/> Supprimé <input type="checkbox"/> Vendu <input type="checkbox"/> Autre _____ Si cessation d'emploi de tout salarié : date _____
--	--

DÉCLARATION RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS SITUÉS DANS UN AUTRE ÉTAT MEMBRE DE L'UE OU DE L'EEA

4 Registre public : Pays, lieu et N° d'immatriculation (Facultatif : Activité principale et adresse)

DÉCLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS

Suite M4

5 NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le _____ à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____	NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénom _____ Né(e) le _____ à _____ Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale _____
---	---

SUITE DÉCLARATION

6 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole Précisez le n° du cadre correspondant 14

Si modification Date _____ Suite 6 de l'activité la plus importante (cadre 14): constitution de garanties y relatives ;