P4 CM
Commerce métiers

cerfa 11679*05

DECLARATION DE RADIATION

PERSONNE PHYSIQUE

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

Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Imprimer | Réinitialiser

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** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____

☐ AU RM DANS LE DEPARTEMENT DE _____ |_|_|_|

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

2 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénom(s) _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_|_| Commune _____

Pays _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

3 **CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE**

Date de la cessation |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Cessation consécutive au décès de l'exploitant Si cessation d'emploi de tout salarié, date de fin d'emploi du dernier salarié |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S)

4A **ETABLISSEMENT PRINCIPAL :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| 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, situé dans le ressort du même greffe du tribunal de commerce ou de la chambre commerciale du tribunal judiciaire, DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION :**

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| 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 |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

7 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 leur garantissent un droit 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 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 aux notices).

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

8 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

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

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Intercalaire PEIRL : ☐ oui ☐ non Nombre : |_|_|

Nombre d'intercalaire(s) P' : |_|_|

SIGNATURE