

DECLARATION DE MODIFICATION

RESERVE AU CFE GUIDBFKT

Imprimer Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE
 Profession libérale et assimilée
 Artiste auteur

Declaration n° _____
 Reçue le _____
 Transmise le _____

1 Cocher l'objet de votre formalité : cet imprimé permet deffectuer une ou plusieurs déclarations
 Lieu d'exercice ou établissement : ouverture, modification, fermeture

Situation personnelle
 Autre modification **Changement d'adresse**

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE
 Remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2, 3A, 3B, 4, 18, 19, 20 et les mentions nouvelles ou modifiées en indiquant la date de l'évènement.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 N° unique d'identification _____ Etes-vous bénéficiaire du régime micro-social simplifié OUI NON votre numéro de sécurité sociale _____

A) IDENTIFICATION et le cas échéant nouvelle identité en date du _____

B) RAPPEL DE LA PRECEDENTE IDENTIFICATION en cas de changement

3A NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

3B NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pays _____

4 Né(e) le _____ Dept. _____ Commune _____

Date de modification _____

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE

5 Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Pays _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Nationalité _____

Pseudonyme _____

Cessation temporaire d'activité _____

Reprise d'activité après cessation temporaire _____

6 ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté

Modification de la déclaration

Affectation ou retrait d'un bien immobilier, d'un bien commun ou indivis

Dans l'un ou l'autre de ces cas, vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

7 _____

DECES DE LA PERSONNE TITULAIRE DE LA CHARGE OU DE LA FONCTION

Poursuite de l'activité par un suppléant désigné par une instance professionnelle ou judiciaire :

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

8A LE CONJOINT MARIÉ OU PACSE :

N'exerce plus d'activité régulière dans l'entreprise

Exerce toujours une activité régulière dans l'entreprise et change de statut (remplir 8B et 8C)

Exerce une activité régulière dans l'entreprise (remplir les cadres 8B et 8C)

CHOIX DE SON STATUT, le cas échéant après changement :

Salarié

Collaborateur

8C Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Né(e) le _____ Dépt. _____

Commune _____

Pays _____

Domicile (si différent de celui du déclarant) _____

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

9 CONTRAT D'APPUI Rupture anticipée du contrat d'appui

Nationalité _____

Né(e) le _____

Dept. _____ Commune _____

Pays _____

Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Pays _____

Indiquer la date de l'attestation de la mairie

DECLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU A L'ETABLISSEMENT

10 Cette demande concerne : ACTIVITE TRANSFERT OUVERTURE FERMETURE AUTRE MODIFICATION

LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

11 ANCIEN ETABLISSEMENT Principal Secondaire

Adresse : rés., bât., app., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Date _____

LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

12 Adresse : rés., bât., app., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

13 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _____

Activité(s) exercée(s) : _____

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquer la plus importante :

L'activité principale de cet établissement devient l'activité principale de l'entreprise :

Oui Non

Vous exercez une activité saisonnière Indiquez la ou les périodes d'activité :

Non sédentaire (ambulant)

14 _____

ENSEIGNE (s'il y a lieu) _____

16 EFFECTIF SALARIE du lieu ou de l'établissement créé : _____

Total effectif salarié de l'entreprise _____ dont : _____ apprentis _____ VRP

17 OBSERVATIONS : Changement d'adresse - voir justificatif Certificat Mairie

18 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____

Code postal _____ Commune _____

19 Je demande que les informations qui figurent dans le répertoire Sirene puissent être consultées ou utilisées par des tiers : oui non

Le présent document constitue une demande de modification aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'Insee, au RSEIRL et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail. Quelconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

20 LE DECLARANT désigné au cadre 3A

LE MANDATAIRE ayant procuration

Nom, prénom/ dénomination et adresse _____

Code postal _____ Commune _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE