

## DECLARATION DE RADIATION

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

## 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.

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Reçue le \_\_\_\_\_

Transmise le \_\_\_\_\_

## 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 CMB

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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**