

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS
TRANFERT/MODIFICATION SIEGE/ETABLISSEMENT

IDENTITE DU MANDATAIRE

DENOMINATION SOCIALE / NOM :

Nom et prénom de la personne en charge du dossier :

N° de téléphone :

N° de fax :

Mail :

IDENTITE DE L'ENTREPRISE

DENOMINATION SOCIALE :

NUMERO RCS :

NATURE DE L'OPERATION

Nature de la modification statutaire :

ANCIEN ETABLISSEMENT : Etait-il :

- Siège Siège-Etablissement principal Etablissement principal Secondaire
 Premier établissement en France d'une société étrangère

Adresse (en cas de formalité portant sur un établissement distinct du siège) :

POUR UN TRANSFERT :

Date du transfert : / /

Destination de l'ancien établissement : Vendu Fermé Autre

Si maintien d'une activité, de ce fait, l'établissement est : Siège Principal Secondaire

POUR UNE FERMETURE :

Date de la fermeture : / /

Destination de l'ancien établissement : Supprimé Vendu Autre

Si cessation d'emploi de tout salarié : date : / /

NOUVEL ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE :

Date de la création ou de la modification : / /

Adresse :

L'ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE DEVIENT :

Siège Siège-Etablissement principal Etablissement principal Secondaire

Présence de salariés : Oui Non Combien :

Si contrat de domiciliation :

- nom du domiciliataire :

- RCS du domiciliataire :

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

ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE

- Création, Reprise
- Achat Apport Autre.....
- Location-gérance Gérance-mandat

Le

A

Signature :