

**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 :