

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

10 Cette demande concerne : **ACTIVITE** **TRANSFERT** **OUVERTURE** **FERMETURE** **AUTRE MODIFICATION**

Date _____ **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME**

11 [] [] [] [] [] [] [] [] **ANCIEN ETABLISSEMENT** Principal Secondaire
Adresse : n°, voie, lieu-dit _____

 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination Vendu Fermé Autre _____
 Si maintien d'une activité, l'établissement devient de ce fait Principal Secondaire

POUR UNE FERMETURE : Destination Supprimé Vendu Autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date [] [] [] [] [] [] [] []

Date _____ **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE**

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

 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

POUR L'ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié Oui Non
 L'établissement devient Principal Secondaire

POUR L'ETABLISSEMENT CREE : Principal Secondaire

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)

15 **ORIGINE DE L'ACTIVITE** : Création (*passer directement au cadre suivant*)
 Reprise
Prédécesseur ou précédent exploitant : N° unique d'identification [] [] [] [] [] [] [] []
Pour une personne physique :
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
Pour une personne morale :
 Dénomination _____

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 [] [] [] [] [] [] [] [] **OBSERVATIONS** : _____

18 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° [] [] Autre _____
 _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

Tél _____ Tél _____
 Télécopie / courriel _____

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.
 Quiconque 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 3*
 LE MANDATAIRE *ayant procuration* Nom, prénom/ dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 Le [] [] [] [] [] [] [] []
 Intercalaire PEIRL oui non

SIGNATURE

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

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

10 Cette demande concerne : **ACTIVITE** **TRANSFERT** **OUVERTURE** **FERMETURE** **AUTRE MODIFICATION**

Date _____ **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME**

11 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **ANCIEN ETABLISSEMENT** Principal Secondaire
Adresse : n°, voie, lieu-dit _____

 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination Vendu Fermé Autre _____
 Si maintien d'une activité, l'établissement devient de ce fait Principal Secondaire

POUR UNE FERMETURE : Destination Supprimé Vendu Autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Date _____ **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE**

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

 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

POUR L'ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié Oui Non
 L'établissement devient Principal Secondaire

POUR L'ETABLISSEMENT CREE : Principal Secondaire

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)

15 **ORIGINE DE L'ACTIVITE** : Création (*passer directement au cadre suivant*)
 Reprise
Prédécesseur ou précédent exploitant : N° unique d'identification [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Pour une personne physique :
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
Pour une personne morale :
 Dénomination _____

14 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **ENSEIGNE** (s'il y a lieu) _____

16 _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **OBSERVATIONS** : _____

18 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° [] [] Autre _____
 _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

Tél _____ Tél _____
 Télécopie / courriel _____

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.
 Quiconque 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 3*
 LE MANDATAIRE *ayant procuration* Nom, prénom/ dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Intercalaire PEIRL oui non

SIGNATURE _____