

DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE M GUIDBEFHJKT

PERSONNE MORALE

La fermeture d'établissement relevant d'un autre greffe se déclare sur un imprimé M2.

Déclaration n° _____
reçue le _____ **G7501 0287293**

RAPPEL D'IDENTIFICATION

N° UNIQUE D'IDENTIFICATION _____
 IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE Paris
 AU RM DANS LE DEPT. DE _____
 Désignation du centre des impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA _____

DENOMINATION GIE ORGANIC
 Forme juridique G.I.E
 SIEGE pour les sociétés françaises / PREMIER ETABLISSEMENT en France d'une société étrangère :
 rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu dit 28 Boulevard de Grenelle
 Code postal 75015 Commune PARIS
 Si contrat de domiciliation : Nom de l'entreprise domiciliaire _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

DATE DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE : 15/02/2007
 ambulat., joindre la carte d'ambulant.
 PRESENCE DE SALARIES dans l'entreprise au moment de la radiation Oui Non

DISSOLUTION :
 Clôture de la liquidation : Date _____
 Réalisation du transfert de patrimoine réunion des parts sociales dans une même main : Date 15/02/2007
 Fusion Scission Date de dissolution - disparition : _____

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE D'ETABLISSEMENT(S) - Suite sur intercalaire(s) M'

ETABLISSEMENT(S) AUTRE(S) QUE LE(S) ETABLISSEMENT(S) SIMULTANEMENT FERME(S) DANS LE MEME GREFFE
 rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu dit _____
 Code postal _____ Commune _____
 Destination : Suppression Vente Autre _____

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu dit _____
 Code postal _____ Commune _____
 Destination : Suppression Vente Autre _____

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS- Suite sur intercalaire(s) M'

NOM DE NAISSANCE _____
 Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____
 Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____
 Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. _____
 Caisse de retraite _____

NOM DE NAISSANCE _____
 Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____
 Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____
 Caisse d'assurance maladie TNS _____ Dépt. _____
 Caisse de retraite _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

OBSERVATIONS : _____
 Adresse de correspondance Rés., bât., n°, voie, lieu dit _____
 Code Postal _____ Commune _____
 Téléphone(s) _____
 Fax/e-mail _____

La présente demande constitue déclaration de radiation au RCS, au RM, au REB 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.

LE REPRESENTANT LEGAL nom, prénom / dénomination et adresse
 LE MANDATAIRE ayant procuration O. COHEN - JSS 8, rue St Augustin
 AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt 75002 PARIS / Ref: 233693/Cpt:11

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à PARIS
 le 13/03/2007
 Nombre d'intercalaire(s) M' 0

SIGNATURE



Signer chaque feuillet séparément.

Syndicat TALES