**P4 CM**
commerce métiers

cerfa
11679*04

# DECLARATION DE RADIATION

## PERSONNE PHYSIQUE

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

Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Imprimer
Réinitialiser

*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.*

### 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 CM

**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 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**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.
Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.