

DÉCLARATION DE CONSTITUTION D'UNE SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

SARL, SELARL y compris à associé unique (EURL) sauf activité agricole

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIÉTÉ EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE – Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 ET le cas échéant, N° 3, 6, 7, 8, 14, 15, 17
– Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 3 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)

DÉCLARATION RELATIVE À LA SOCIÉTÉ

2 **DÉNOMINATION** _____
Siège _____ Durée de la personne morale _____
Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
Date de clôture de l'exercice social _____ le cas échéant, du 1^{er} exercice _____
Statut légal particulier _____

UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE

Dans le cas où le gérant est l'associé unique, choix des statuts déposés :

- Statuts types complétés sans modification Statuts différents

CONTRAT D'APPUI : Date de fin de contrat _____
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____
Dénomination : _____ Siège _____
Code postal _____ Commune _____

4 **ADRESSE DU SIÈGE**
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Préciser s'il est fixé :
 Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification _____
Nom du domiciliaire _____

5 ACTIVITÉ(S) PRINCIPALE(S) parmi celles énumérées dans l'objet social :

- 6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO' Sarl

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe sinon remplir imprimé M2

Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____

8 **NOM COMMERCIAL** _____
ENSEIGNE _____

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____ Permanente Saisonnière / Ambulant
Activité principale exercée dans l'établissement : _____
Autre(s) activité(s) : _____

Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :

- Sa nature :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comm. détail | <input type="checkbox"/> Transport | <input type="checkbox"/> Services |
| <input type="checkbox"/> Import export | <input type="checkbox"/> Commerce de gros ou intermédiaire du commerce | |
| <input type="checkbox"/> Fabrication, production | <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Location de meublés |
| <input type="checkbox"/> Montage, installation | <input type="checkbox"/> Réparation | <input type="checkbox"/> Bâtiment, travaux publics |
| <input type="checkbox"/> Extraction | <input type="checkbox"/> Autre | |

Son lieu d'exercice :

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Magasin (surface : m²) | <input type="checkbox"/> Bureau, cabinet | <input type="checkbox"/> Sur marché | <input type="checkbox"/> En clientèle |
| <input type="checkbox"/> Usine | <input type="checkbox"/> Atelier | <input type="checkbox"/> Dépôt, entrepôt | <input type="checkbox"/> Sur chantier |
| <input type="checkbox"/> Mine, carrière | <input type="checkbox"/> Autre | | |

10 ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ

ORIGINE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE Création, *passer au cadre 11* Reprise

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____ Prénoms _____
Nom d'usage _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL

Création, *passer au cadre 11* Achat Apport

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Journal d'Annonces Légales : date de parution _____

Nom du journal : _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____ Prénoms _____

Nom d'usage _____

Location-Gérance Gérance-Mandat Autre

Dates du contrat : Début _____ fin _____

Renouvellement par tacite reconduction oui non

Loueur du fonds ou Mandant du fonds

Nom de naissance / Dénomination _____ Prénoms _____

Nom d'usage _____

Domicile / Siège _____

Code postal _____ Commune _____

Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandat _____

Greffet d'immatriculation _____

11 **EFFECTIF SALARIÉ / ASSIMILÉ** : non oui, nombre : _____ dont : _____ apprentis

La société embauche un premier salarié oui non

12 **GÉRANCE** : MAJORITAIRE MINORITAIRE / ÉGALITAIRE dans ce cas, une société est associée oui non La gérance est assurée par : UN TIERS NON ASSOCIÉ

DÉCLARATION RELATIVE AUX GÉRANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) MO' Sarl

À compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13 **GÉRANT** : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :

- SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile (si différent du gérant) _____

Code postal _____ Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :

- SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile (si différent du gérant) _____

Code postal _____ Commune _____

14 AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, remplir l'imprimé spécifique pour chaque personne bénéficiaire

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GÉRANT

Suite sur intercalaire Mo' Sarl

15 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____
Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

16 **B.N.C** Déclaration contrôlée BNC **B.I.C** Réel simplifié Réel normal **I.S** Réel simplifié Réel normal
OPTIONS PARTICULIÈRES : Assujettissement à l'IS Régime des sociétés de personnes

T.V.A : Franchise en base Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.
 Réel simplifié Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable
 Mini-réel Réel normal Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 €/an

En cas d'enregistrement préalable des statuts, lieu du service des impôts des entreprises (SIE) _____
Date d'enregistrement _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 OBSERVATIONS :

18 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° _____ Autre _____
Code postal _____ Commune _____
Tél _____ Tél _____
Fax / mèl _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut déclaration 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.

19 **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** Déclaré au cadre N° _____

LE MANDATAIRE ayant procuration
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le _____
Nombre d'intercalaire(s) MO' Sarl : _____ de volet(s) TNS : _____
Nombre d'imprimé(s) ACCRE : _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.

DÉCLARATION DE CONSTITUTION D'UNE SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

SARL, SELARL y compris à associé unique (EURL) sauf activité agricole

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIÉTÉ EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE – Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 ET le cas échéant, N° 3, 6, 7, 8, 14, 15, 17
– Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 3 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)

DÉCLARATION RELATIVE À LA SOCIÉTÉ

2 **DÉNOMINATION** _____
Sigle _____ Durée de la personne morale _____
 Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
 Date de clôture de l'exercice social _____ le cas échéant, du 1^{er} exercice _____
 Statut légal particulier _____

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE**
 Dans le cas où le gérant est l'associé unique, choix des statuts déposés :
 Statuts types complétés sans modification Statuts différents
CONTRAT D'APPUI :
 N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____
 Dénomination : _____ Siège _____
 Code postal _____ Commune _____

4 **ADRESSE DU SIÈGE**
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____
Préciser s'il est fixé :
 Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification _____
 Nom du domiciliaire _____

5 **ACTIVITÉ(S) PRINCIPALE(S)** parmi celles énumérées dans l'objet social :

 6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO' Sarl

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe *sinon remplir imprimé M2*
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____

8 **NOM COMMERCIAL** _____
ENSEIGNE _____

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____ Permanente Saisonnière / Ambulant
 Activité principale exercée dans l'établissement : _____
 Autre(s) activité(s) : _____

10 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ**
ORIGINE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE Création, *passer au cadre 11* Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL
 Création, *passer au cadre 11* Achat Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
 Journal d'Annonces Légales : date de parution _____
 Nom du journal : _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Location-Gérance Gérance-Mandat Autre _____
 Dates du contrat : Début _____ fin _____
 Renouvellement par tacite reconduction oui non
Loueur du fonds ou Mandant du fonds
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Domicile / Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandat _____
 Greffet d'immatriculation _____

11 _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX GÉRANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) MO' Sarl

À compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13 **GÉRANT :** Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal _____ Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal _____ Commune _____

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal _____ Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GÉRANT

Suite sur intercalaire Mo' Sarl

15 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____
 Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____
 Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS :**

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

Tél _____ Tél _____
 Fax / mèl _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut déclaration 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.

19 **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** Déclaré au cadre N° _____
 LE MANDATAIRE *ayant procuration*
 nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 Le _____
 Nombre d'intercalaire(s) MO' Sarl : _____ de volet(s) TNS : _____
 Nombre d'imprimé(s) ACCRE : _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.

DÉCLARATION DE CONSTITUTION D'UNE SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE

RÉSERVÉ AU CFE M G U I D B E F K T

SARL, SELARL y compris à associé unique (EURL) sauf activité agricole

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIÉTÉ EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE – Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 ET le cas échéant, N° 3, 6, 7, 8, 14, 15, 17
– Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 3 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)

DÉCLARATION RELATIVE À LA SOCIÉTÉ

2 **DÉNOMINATION** _____
Sigle _____ Durée de la personne morale _____
 Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
 Date de clôture de l'exercice social _____ le cas échéant, du 1^{er} exercice _____
 Statut légal particulier _____

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE**
 Dans le cas où le gérant est l'associé unique, choix des statuts déposés :
 Statuts types complétés sans modification Statuts différents
CONTRAT D'APPUI :
 N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____
 Dénomination : _____ Siège _____
 Code postal _____ Commune _____

4 **ADRESSE DU SIÈGE**
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____
Préciser s'il est fixé :
 Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification _____
 Nom du domiciliaire _____

5 **ACTIVITÉ(S) PRINCIPALE(S)** parmi celles énumérées dans l'objet social :

6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO' Sarl

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe *sinon remplir imprimé M2*
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____

8 **NOM COMMERCIAL** _____
ENSEIGNE _____

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____ Permanente Saisonnière / Ambulant
 Activité principale exercée dans l'établissement : _____
 Autre(s) activité(s) : _____

10 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ**
ORIGINE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE Création, *passer au cadre 11* Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL
 Création, *passer au cadre 11* Achat Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
 Journal d'Annonces Légales : date de parution _____
 Nom du journal : _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Location-Gérance Gérance-Mandat Autre _____
 Dates du contrat : Début _____ fin _____
 Renouvellement par tacite reconduction oui non

Loueur du fonds ou Mandant du fonds
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Domicile / Siège _____
 Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandat _____
 Greffet d'immatriculation _____

11 _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX GÉRANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) MO' Sarl

À compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13 **GÉRANT :** Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal _____ Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal _____ Commune _____

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal _____ Commune _____

14 _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GÉRANT

Suite sur intercalaire Mo' Sarl

15 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____
 Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

Nom de naissance _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____
 Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

16 _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS :** _____

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

Tél _____ Tél _____
 Fax / mèl _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, RM, le cas échéant, au REB et vaut déclaration 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.

19 **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** Déclaré au cadre N° _____
 LE MANDATAIRE *ayant procuration*
 nom, prénom/dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 Le _____
 Nombre d'intercalaire(s) MO' Sarl : _____ de volet(s) TNS : _____
 Nombre d'imprimé(s) ACCRE : _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.