

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

6 Cette demande concerne UNE OUVERTURE UNE MODIFICATION UN TRANSFERT UNE FERMETURE

date

LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

7 ANCIEN LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT Principal Secondaire

Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination Fermé Vendu 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

8 Adresse : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal Commune _____

POUR L'ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salariés : oui non
Il devient Principal Secondaire

POUR UN ETABLISSEMENT CREE : Principal Secondaire

9 Date de début D'ACTIVITE

Activité(s) exercée(s) : _____

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

Vous exercez une activité saisonnière Préciser la ou les période(s) d'activité _____

10 Enseigne (s'il y a lieu) : _____

11

ORIGINE DE L'ACTIVITE Création, **passer directement au cadre suivant**

Reprise

Prédécesseur ou ancien exploitant : N° unique identification

Pour une personne physique

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénom _____

Pour une personne morale Dénomination _____

12

EFFECTIF SALARIE du lieu ou de l'établissement créé

Date d'embauche du 1er salarié

Total effectif salarié de l'entreprise dont : apprentis VRP

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

13

OBSERVATIONS :

14 ADRESSE DE CORRESPONDANCE Déclarée au cadre n° ____ Autre _____ Téléphone(s) _____

Code Postal Commune _____ Fax / e-mail _____

15 Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.

Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

LE DECLARANT *désigné au cadre 3*
 LE MANDATAIRE
nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
le _____
Nombre d'intercalaire(s)

SIGNATURE :

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

6 Cette demande concerne UNE OUVERTURE UNE MODIFICATION UN TRANSFERT UNE FERMETURE

date

LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

7 ANCIEN LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT Principal Secondaire
 Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu dit _____

 Code postal Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination Fermé Vendu autre _____
 Si maintien d'une activité, l'établissement devient, de ce fait principal secondaire
 POUR UNE FERMETURE : Destination Supprimé Vendu autre _____

date

LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

8 Adresse : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu dit _____

 Code postal Commune _____

POUR L'ETABLISSEMENT MODIFIE :
 Il devient Principal Secondaire
 POUR UN ETABLISSEMENT CREE : Principal Secondaire

9 Date de début D'ACTIVITE
 Activité(s) exercée(s) : _____

 Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

 Vous exercez une activité saisonnière Préciser la ou les période(s) d'activité _____

11 ORIGINE DE L'ACTIVITE Création, passer directement au cadre suivant
 Reprise
 Prédécesseur ou ancien exploitant : N° unique identification
Pour une personne physique
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____
 Prénom _____
Pour une personne morale Dénomination _____

10 Enseigne (s'il y a lieu) : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

13
 OBSERVATIONS :

14 ADRESSE DE CORRESPONDANCE Déclarée au cadre n° ____ Autre _____
 _____ Code Postal Commune _____
 Téléphone(s) _____
 Fax / e-mail _____

15 Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.
 Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

LE DECLARANT désigné au cadre 3
 LE MANDATAIRE
 nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 le _____
 Nombre d'intercalaire(s)

SIGNATURE :