

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 établissement Principal Secondaire
Adresse : rés., bât., app., 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 3A
 LE MANDATAIRE ayant procuration
 Nom, prénom/ dénomination et adresse _____

 Code postal Commune _____

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

SIGNATURE

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 : rés., bât., app., 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 _____

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 3A
 LE MANDATAIRE ayant procuration
 Nom, prénom/ dénomination et adresse _____

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

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.