

DECLARATION DE MODIFICATION

de la Personne morale d'un Etablissement d'une Succursale d'un Bureau d'une Filiale
 Caractéristiques, Activités, Associés, Dirigeants, Transfert*, Fermeture Dissolution
 (*) Transfert dans le même ressort

MODIFICATIONS RELATIVES A LA PERSONNE MORALE

1 LA PERSONNE MORALE MODIFIEE : N° RCCM : date :
 2 RAISON OU DENOMINATION SOCIALE, NOM COMMERCIAL, SIGLE, ENSEIGNE
 NOUVEAU
 ANCIEN
 3 NOUVEAU SIEGE :
 ANCIEN SIEGE :
 4 FORME JURIDIQUE : Nouvelle : Ancienne :
 5 CAPITAL : Nouveau : Ancien :
 6 ACTIVITES : Activités exercées
 Activités ajoutées
 Activités supprimées
 Activités actualisées
 7 La personne est DISSOUTE (Indiquer les coordonnées du liquidateur à la rubrique « dirigeants »), Date :
 8 Annonce légale en date du Certificat de non opposition en date du

MODIFICATIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS

9 Cet Etablissement est :
 10 TRANSFERE, (adresse du nouveau siège)
 11 VENDU, Acquéreur : (identité, adresse, N° RCCM)
 FERME, Date : Motif
 12 MISE EN LOCATION GERANCE (identité, adresse et N°RCCM du locataire-gérant)
 13 Autres (préciser).....

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSOCIES (*)

14 (*) Les renseignements relatifs aux associés non mentionnés ci-dessous doivent figurer sur le formulaire M1 bis annexé

Nom & prénoms/dénomination	Genre (M/F)**	date et lieu de naissance/N° RCCM	Nationalité	Adresse	Qualité	
					Nouvelle	Ancienne

(**) M : Masculin ; F : Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DIRIGEANTS (*)

15 (*) Les renseignements relatifs aux dirigeants (Gérant, Directeur, DG, PDG, Président, Administrateur, PCA) non mentionnés ci-dessous doivent figurer sur le formulaire M1 bis annexé

Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Nationalité	Adresse	Qualité	
					Nouvelle	Ancienne

(**) M : Masculin ; F : Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

16

Cabinet/Nom & Prénoms	N° d'Agrément / Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité	
			Nouvelle	Ancienne

17 LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire)
 Demande à ce que la présente constitue : Demande de modification au R.C.C.M suivant (nature et date de l'acte justificatif)

Fait àle
Signature du demandeur

18 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'article 52 AUDCG par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a :
 Procédé à la modification le....., sous le numéro..... et délivré un accusé d'enregistrement,
 Rejeté la demande au(x) motif(s) que :

Fait, àLe.....

Signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent

19 En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent, le demandeur atteste que le présent formulaire y compris le(s) intercalaire (s) y relatifs (s'il y a lieu) comportant les motifs du rejet de sa demande lui a été remis le et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet.

**INTERCALAIRE COMPLEMENTAIRE
AU FORMULAIRE 2014 – M2**

13 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSOCIES (*)

Nom & prénoms/dénomination	Genre (M/F)**	date et lieu de naissance/N° RCCM	Nationalité	Adresse	Qualité	
					Nouvelle	Ancienne

(**) M : Masculin ; F : Féminin

14 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DIRIGEANTS (*)

Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Nationalité	Adresse	Qualité	
					Nouvelle	Ancienne

(**) M : Masculin ; F : Féminin

15 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

Cabinet/Nom & Prénoms	N° d'Agrément / Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité	
			Nouvelle	Ancienne

LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire)

Demande à ce que la présente constitue : Demande de modification au R.C.C.M

Fait à le
Signature du demandeur

Fait, àLe.....

Signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent