

**DECLARATION DE :**     CESSATION TOTALE D'ACTIVITE  
                                  CLÔTURE DE LA LIQUIDATION  
                                  TRANSFERT DE SIEGE HORS RESSORT

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE MORALE**

1 LA PERSONNE MORALE RADIEE : N° RCCM : ..... date .....  
2 RAISON OU DENOMINATION SOCIALE .....  
3 NOM COMMERCIAL : ..... SIGLE ..... ENSEIGNE .....  
4 ADRESSE : .....  
5 FORME JURIDIQUE : ..... N°RCCM du siège : .....  
6 CAPITAL SOCIAL : .....  
7 N° Formalité de la dissolution ..... Date .....  
8 LIQUIDATEUR : (Nom et prénom, adresse) .....

**CESSATION D'ACTIVITE**

9 A COMPTE DU : .....  Décision N° .....  Autre motif .....

**CONSÉQUENCE SUR LE SIEGE**

10 \* Le siège est :  Vendu,  Apporté,  Apport.....,  Mis en location gérance ;  
 Disparaît  Autre (préciser) .....  
\* Identité du Bénéficiaire : Nom – Prénom / Dénomination : .....  
\* Adresse : .....

11 A la suite de la cessation d'activité, préciser pour chaque établissement :  
ÉTABLISSEMENT 1 :  
. Adresse : ..... N° RCCM .....  
. L'établissement est :  Vendu,  Apporté,  Mise en location gérance ;  Disparaît  Autre (préciser) .....  
. Identité du bénéficiaire : Nom – Prénoms / Dénomination : .....  
. Adresse : ..... N° RCCM : .....

(\*) S'il existe d'autres établissements, préciser les mêmes données sur un intercalaire et cocher cette case

**FUSION – SCISSION :**

12 En cas de  FUSION ou de  SCISSION, préciser : la nature de l'acte justificatif ..... date : .....

13 Le NOM, le SIÈGE et le N° RCCM des personnes ayant participé à l'opération :  
 Fusion de : ..... et de .....  
 Scission de ..... en ..... et en .....

\* S'il existe d'autres personnes ayant participé à l'opération, préciser les mêmes données sur un intercalaire en annexe.

**LIQUIDATION**

14 En cas de CLOTURE DE LA LIQUIDATION, indiquer la nature de l'acte justificatif et la date :  
.....

**ADRESSE PERMANENTE POUR LA CORRESPONDANCE**

15 .....

16 LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) .....  
Demande à ce que la présente constitue :  Demande de radiation au R.C.C.M

Fait à ..... Le .....  
Signature du demandeur

17 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'article 44 de l'AUDCG par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a :

Procédé à la radiation le....., sous le numéro..... et délivré un accusé d'enregistrement,  
 Rejeté la demande au(x) motif(s) que : .....

Fait, à ..... Le.....

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

18 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 – M3

11 CONSÉQUENCE SUR LE SIEGE

CONSEQUENCE SUR LES ETABLISSEMENTS :

A la suite de la cessation d'activité, préciser pour chaque établissement :

ÉTABLISSEMENT 2 :

. Adresse : .....N° RCCM.....  
. L'établissement est :  Vendu,  Apporté,  Mise en location gérance ;  Disparaît  Autre (préciser) .....  
. Identité du bénéficiaire : Nom – Prénoms / Dénomination : .....  
. Adresse : .....N° RCCM : .....

ÉTABLISSEMENT 3 :

. Adresse : .....N° RCCM.....  
. L'établissement est :  Vendu,  Apporté,  Mise en location gérance ;  Disparaît  Autre (préciser) .....  
. Identité du bénéficiaire : Nom – Prénoms / Dénomination : .....  
. Adresse : .....N° RCCM : .....

ÉTABLISSEMENT 4 :

. Adresse : .....N° RCCM.....  
. L'établissement est :  Vendu,  Apporté,  Mise en location gérance ;  Disparaît  Autre (préciser) .....  
. Identité du bénéficiaire : Nom – Prénoms / Dénomination : .....  
. Adresse : .....N° RCCM : .....

FUSION – SCISSION

En cas de  FUSION ou de  SCISSION, préciser : la nature de l'acte justificatif .....date : .....

Le NOM, le SIÈGE et le N° RCCM des personnes ayant participé à l'opération :

Fusion de : .....et de .....

Scission de .....en .....et en .....

LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) .....

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

Fait à .....Le .....  
Signature du demandeur

Fait, à .....Le.....

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