

FORMULAIRE DE DEMANDE DE :

- CESSATION TEMPORAIRE D'ACTIVITE  
 RADIATION

- Décès de l'exploitant       Cessation définitive de l'activité       Autre

Numéro RCCM : .....

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

1 NOM :  M.  Mme  Mlle....., PRENOM(S).....  
2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ..... NATIONALITE:.....  
ADRESSE POSTALE : .....  
DOMICILE PERSONNEL  
VILLE : ..... QUARTIER : .....  
AUTRES PRECISIONS : .....  
COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) : .....  
3 SITUATION MATRIMONIALE :     Célibataire,     Marié(e),     Veuf(ve),     Divorcé(e)  
4 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL : .....  
.....  
NOM COMMERCIAL : .....  
SIGLE OU ENSEIGNE : .....

CESSATION TEMPORAIRE D'ACTIVITE

5 DATE: .....  
CAUSE :     Maladie     Sinistre     Autre (préciser) : .....

RADIATION

6  CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE  
DATE: .....  
CAUSE :     Vente     Location Gérance     Autre (préciser) : .....  
7 IDENTITE DU BENEFICIAIRE (acquéreur ou gérant) : .....  
..... N° RCCM : .....  
10  DECES DE LA PERSONNE PHYSIQUE  
DATE: .....  
NOMS, PRENOMS ET ADRESSE DU DEMANDEUR: .....  
..... N° RCCM : .....  
ADRESSE PERMANENTE POUR LA CORRESPONDANCE : .....  
.....

CONSEQUENCES SUR LES ETABLISSEMENTS SECONDAIRES

11 A la suite de la radiation, indiquer l'adresse et le n° de RCCM des établissements secondaires en précisant s'ils sont (pour chacun) cédés, mis en location gérance ou s'ils disparaissent et le cas échéant, l'identité des bénéficiaires (acquéreurs ou gérant) :

N°RCCM (*établissement secondaire 1 s'il y a lieu*) : .....  
NOM COMMERCIAL (*s'il y a lieu*) : .....  
SIGLE OU ENSEIGNE (*s'il y a lieu*) : .....  
ADRESSE (*géographique et postale*): .....  
CONSEQUENCE:    Vente    Location Gérance    Cessation définitive d'activité    Autre (préciser) : ....  
.....  
IDENTITE DU BENEFICIAIRE (acquéreur ou gérant s'il y a lieu) : .....  
..... N° RCCM : .....

N°RCCM (*établissement secondaire 2 s'il y a lieu*) : .....

NOM COMMERCIAL (*s'il y a lieu*) : .....

SIGLE OU ENSEIGNE (*s'il y a lieu*) : .....

ADRESSE (*géographique et postale*): .....

CONSEQUENCE: Vente Location Gérance Cessation définitive d'activité Autre (*préciser*) : .....

IDENTITE DU BENEFICIAIRE (*acquéreur ou gérant s'il y a lieu*) : .....

.....N° RCCM : .....

N°RCCM (*établissement secondaire 3 s'il y a lieu*) : .....

NOM COMMERCIAL (*s'il y a lieu*) : .....

SIGLE OU ENSEIGNE (*s'il y a lieu*) : .....

ADRESSE (*géographique et postale*): .....

CONSEQUENCE: Vente Location Gérance Cessation définitive d'activité Autre (*préciser*) : ..... ;..

IDENTITE DU BENEFICIAIRE (*acquéreur ou gérant s'il y a lieu*) : .....

.....N° RCCM : .....

N°RCCM (*établissement secondaire 4 s'il y a lieu*) : .....

NOM COMMERCIAL (*s'il y a lieu*) : .....

SIGLE OU ENSEIGNE (*s'il y a lieu*) : .....

ADRESSE (*géographique et postale*): .....

CONSEQUENCE: Vente Location Gérance Cessation définitive d'activité Autre (*préciser*) : .....

IDENTITE DU BENEFICIAIRE (*acquéreur ou gérant s'il y a lieu*) : .....

.....N° RCCM : .....

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

.....

Demande à ce que la présente constitue

**UNE DEMANDE DE CESSION TEMPORAIRE D'ACTIVITE**

**UNE DEMANDE DE RADIATION**

Fait à : .....

Le : ...../...../..... (JJ/MM/AAAA)

Signature

13 Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro d'ordre :.....du registre d'arrivée.

14 La régularité de la demande a été vérifiée en application des articles 55 et suivants de l'Acte uniforme portant sur le droit commercial général par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a :

radié la personne physique inscrite sous le numéro RCCM :..... et délivré un accusé d'enregistrement,

rejeté la demande au(x) motif(s) que : .....

Intercalaire (s) complétant la ou les rubrique(s) n°(s)..... OUI NON (si OUI, nombre de pages intercalaires : .....) )

Fait, à ..... Le ...../...../..... (JJ/MM/AAAA)

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

(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 ...../...../..... (JJ/MM/AAAA) et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet.** (Signature du Demandeur)

\_\_\_\_\_