

DECLARATION DE CESSATION D'ACTIVITE

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE ET ARTISTE AUTEUR

Profession libérale et assimilée Artiste auteur

Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France.

Imprimer **Réinitialiser**

RESERVE AU CFE GUIDBFKT

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Numéro unique d'identification 484814876

2 NOM DE NAISSANCE THOMAS

Prénom(s) THIBAUT

Dépt. 092 Commune / Pays ISSY LES MOULINEAUX

* En cas de fusion récente de communes, il est utile d'indiquer le nom de l'ancienne commune, notamment afin de distinguer les voies homonymes au sein de la commune nouvelle.

Nom d'usage _____

Né(e) le 06021958

Le cas échéant, ancienne commune* _____

3 POUR L'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

4 CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE

Date de la cessation 3122019 Cessation consécutive au décès de l'exploitant

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE DU OU DES LIEU(X) D'EXERCICE OU D'ETABLISSEMENT(S)

5 ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE OU DE L'ETABLISSEMENT :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 9 IMPASSE LES HAUTS DE SERIGNAN

Code postal 34410 Commune SERIGNAN

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : Suppression Vente Autre _____

5B

LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : Suppression Vente Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

6 OBSERVATIONS : _____

7 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° 5 Autre : _____

Code postal _____ Commune _____

Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de radiation à l'Insee, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, le cas échéant 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.

8 LE DECLARANT Désigné au cadre 2

LE MANDATAIRE ayant procuration

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à SERIGNAN

Le 06/12/2019

Intercalaire PEIRL : oui non Nombre : 1

Nombre d'intercalaire(s) P' :

SIGNATURE



DECLARATION DE CESSATION D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE GUIDB FKT

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

Imprimer **Réinitialiser**

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE ET ARTISTE AUTEUR

Profession libérale et assimilée Artiste auteur

Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Numéro unique d'identification 4|8|4|8|1|4|8|7|6|

2 NOM DE NAISSANCE THOMAS

Prénom(s) THIBAUT

Dépt. 092 Commune / Pays ISSY LES MOULINEAUX

* En cas de fusion récente de communes, il est utile d'indiquer le nom de l'ancienne commune, notamment afin de distinguer les voies homonymes au sein de la commune nouvelle.

Nom d'usage _____

Né(e) le 06|02|19|58|

Le cas échéant, ancienne commune* _____

3 POUR L'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

4 CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE

Date de la cessation 3|1|22|0|19| Cessation consécutive au décès de l'exploitant

Si cessation d'emploi de tout salarié, date _____

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE DU OU DES LIEU(X) D'EXERCICE OU D'ETABLISSEMENT(S)

5 ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE OU DE L'ETABLISSEMENT :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 9 IMPASSE LES HAUTS DE SERIGNAN

Code postal 34410 Commune SERIGNAN

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : Suppression Vente Autre _____

5B

LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

Destination : Suppression Vente Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

6 OBSERVATIONS : _____

7 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n°5 Autre : _____

Code postal _____ Commune _____

Tél _____

Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de radiation à l'Insee, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, le cas échéant 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.

8 LE DECLARANT Désigné au cadre 2

LE MANDATAIRE ayant procuration

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à SERIGNAN

Le 08/01/2020

Intercalaire PEIRL : oui non Nombre : 1

Nombre d'intercalaire(s) P : _____

SIGNATURE



PERSONNE PHYSIQUE

Ce formulaire complète l'imprimé : P0 PL P0 PL ME P2 PL P4 PL
 AC0 AC2 AC4

Imprimer**Réinitialiser**

- 1 **DECLARATION D'AFFECTION DE PATRIMOINE OU DE REPRISE D'UN PATRIMOINE AFFECTE** remplir dans tous les cas les cadres n° 2, 3 et 7
 MODIFICATION DE LA DECLARATION D'AFFECTION DE PATRIMOINE remplir les cadres 2, 4 et le cas échéant 5, 6 pour les mentions modifiées en indiquant la date de l'évènement.

RAPPEL D'IDENTIFICATION2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION si déjà attribué 4|8|4|8|1|4|8|7|6|NOM DE NAISSANCE THOMAS Nom d'usage _____Prénoms THIBAUT**DECLARATION D'AFFECTION DE PATRIMOINE**

- 3 **Sans dépôt d'un état descriptif** **Avec dépôt d'un état descriptif** ou du bilan du dernier exercice **Reprise d'un patrimoine affecté**

Dénomination _____ Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois) | | | | |

Objet de l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté _____

En cas de reprise : éléments relatifs au précédent entrepreneur EIRL : Dénomination _____

Registre : RSEIRL RSAC du greffe de _____ Numéro unique d'identification | | | | |**MODIFICATION DE LA DECLARATION D'AFFECTION DE PATRIMOINE****RAPPEL D'IDENTIFICATION RELATIF A L'EIRL**4 Dénomination THOMAS THIBAUTAdresse 9 IMPASSE LES HAUTS DE SERIGNAN 34410 SERIGNANDéclaration d'affectation de patrimoine effectuée au registre RSEIRL RSAC du greffe de BEZIERS

Date de modification _____

DECLARATION DE MODIFICATION

5 | | | | | Dénomination _____

| | | | | Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois) | | | | |

| | | | | Objet de l'activité professionnelle à laquelle le patrimoine est affecté _____

| | | | | Adresse _____

|3|1|1|2|2|0|1|9| Renonciation à l'affectation de patrimoine avec poursuite de l'activité Renonciation définitive à l'affectation de patrimoine sans poursuite de l'activité

Ne cocher

qu'une seule

case

 Cession ou Transmission à une personne physique Cession ou Apport à une personne morale

- 6 | | | | | Déclaration d'intention de poursuivre l'activité de l'EIRL par un héritier ou un ayant droit : Nom et prénoms _____

OPTION(S) FISCALE(S)

7



LA POSTE

Destinataire

RECOMMANDÉ AVEC AVIS DE RÉCEPTION

LRSSAF Langue doc - Roumilly
 Identité (Nom et Prénom) ou raison sociale

35 rue de la Haye
 Adresse

34 937 MONTPELLIER cedex 9
 Code postal Commune

Numéro de l'envoi : 1A 113 321 0972 9




Référence client

Expéditeur

Présenté / Avisé le : / /

Distribué le : / /

Je soussigné déclare être

Le destinataire

Le mandataire

CNI/Permis de conduire

Autre :

Signature
 (Précisez Nom et Prénom si mandataire)

Signature Facteur*

SGR2 V21 - PIC BA - 20156373TO1 - 12/14

Expéditeur

~~THOMAS
 Identité (Nom et Prénom) ou raison sociale~~

~~Expéditeur~~

N°: 9

~~impasse les Hauts de Serignan~~

Libellé de la voie

34410 SERIGNAN
 Code postal COMMUNE

PREUVE DE DISTRIBUTION

Cadres réservés à La Poste

Date : Prix : CRBT :

Niveau de garantie (valeur au dos) : R1 R2 R3

Utiliser uniquement un STYLO A BILLE en appuyant fortement.

Pensez également à la Lettre recommandée en ligne.

Consultez www.laposte.fr/boutiqueducourrier

La Poste S.A. au Capital de 3 800 000 000 € - RCS Paris 356 000 000
 Siège Social : 44 boulevard de Vaugirard - 75757 Paris CEDEX 15



* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire ou de son mandataire a été vérifiée précédemment.

URSSAF Languedoc-Roussillon
35 rue de la Haye
34937 MONTPELLIER cedex 9

Destinataire

LRSSAF languedoc-roussillon
35 rue de la Haye
34 937 MONTPELLIER cedex



LA POSTE

Numéro de l'envoi : 1A 113 321 0972 9



RECOMMANDÉ AVEC AVIS DE RÉCEPTION

Expéditeur

M. Thibault THOMAS
9 impasse les Hauts-le-Serignan
34410 SERIGNAN

Les avantages du service suivi :

Vous pouvez connaître, à tout moment, 24h/24, la date de distribution de votre lettre recommandée ou le motif de non-distribution.

3 modes d'accès direct à l'information de distribution :

- Par SMS : Envoyer le numéro de la lettre recommandée au 6 20 80 (0,35 € TTC + prix d'un SMS).
- Sur Internet : www.laposte.fr (consultation gratuite hors coût de connexion).
- Par téléphone :
 - Pour les particuliers, composer le 3631 (numéro non surtaxé) : du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi de 8h30 à 13h.
 - Pour les professionnels, composer le 3634 (0,34 € TTC/mn à partir d'un téléphone fixe) : du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h30 à 13h.

48370 VENTES HAUTE D'ORS TERRES

Date : 10/01/20 Prix : 6,00EUR CRBT :

Niveau de garantie : 16 € 153 € 458 €

Conservez ce feuillet, il sera nécessaire en cas de réclamation.

Le cas échéant, vous pouvez faire une réclamation dans n'importe quel bureau de Poste.

Les conditions spécifiques de vente de la lettre recommandée sont disponibles dans votre bureau de Poste ou sur le site www.laposte.fr

SGREZ V21 - PIC BA - 20158373101 - 12/14



Pensez également à la Lettre recommandée en ligne, consultez www.laposte.fr/boutiqueducourrier

En provenance de :

~~LRSSAF languedoc-roussillon
35 rue de la Haye
34 937 MONTPELLIER cedex~~

Présenté / Avisé le : / /
Distribué le : / /

Je soussigné déclare être
 Le destinataire
 Le mandataire
 CNI/Permis de conduire
 Autre :
UR 340
10 JAN. 2020

Le facteur atteste par sa signature que l'identité du titulaire de la lettre recommandée a été précédemment vérifiée.
SITE MONTPELLIER



LA POSTE

RECOMMANDÉ :
AVIS DE RÉCEPTION
AR 1A 113 321 0972 9

Numéro de l'AR :



14 JAN. 2020

Renvoyer à FRAB

M. Thibault THOMAS
9 impasse les Hauts-le-Serignan
34410 SERIGNAN

