

Mo cerfa
N° 90-0193
déclaration présentée au CFE le :
réservé au CFE compétent

DÉCLARATION DE CONSTITUTION D'UNE PERSONNE MORALE
OU D'OUVREMENT D'UN PREMIER ÉTABLISSEMENT EN FRANCE D'UNE PERSONNE MORALE AYANT SON SIÈGE À L'ÉTRANGER
N° 81-257 du 18 mars 1981 modifié créant des Centres de Formalités des Entreprises
NUMÉRO(S) DE L'IMMATRICULATION PRINCIPALE
RCS. RM
Registre du Commerce et des Sociétés SIREN Répertoire des Métiers

PERSONNE MORALE
réservé au CFE compétent
M G U I D A B E F H J K T
Doc. sociaux joints : Intercalaires joints :

QUELLE QUE SOIT LA FORMALITÉ, LES RUBRIQUES SUR FOND ROUGE DOIVENT OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES

DENOMINATION : _____ **SIGLE :** _____

SIÈGE ADRESSE y compris s'il y a lieu, l'IDENTITÉ DU DOMICILIAIRE (Nom, Prénoms ou Dénomination) : _____

FORME JURIDIQUE : _____
PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE : _____
La Société exerce dès à présent une activité : OUI NON
NOM COMMERCIAL : _____ **EFFECTIF SALARIÉ** de l'entreprise : _____
CAPITAL montant (A) : _____ F ou devise _____ ou si capital variable, montant minimum : _____ F ou devise _____
DURÉE de la Personne Morale : _____ ans ; en cas de société soumise à publicité annuelle de ses comptes, DATE DE CLOTURE de l'exercice social : _____ jour _____ mois

- DIRIGEANTS et le cas échéant, ADMINISTRATEURS, COMMISSAIRES AUX COMPTES et ASSOCIÉS tenus indéfiniment et solidairement des dettes sociales, MEMBRES du GIE.
- Pour le **Principal Établissement**, Personne(s) ayant le pouvoir d'engager par sa (leur) signature la responsabilité de l'entreprise (FONDÉ(S) DE POUVOIR).
ou NOM Prénoms : _____
ou DENOMINATION : _____
ou DOMICILE : _____
ou ADRESSE DU SIÈGE : _____
• qualité _____ (B) • date de naissance _____ • dépt. _____ commune ou pays de naissance _____ nationalité _____
ou NOM Prénoms : _____
ou DENOMINATION : _____
ou DOMICILE : _____
ou ADRESSE DU SIÈGE : _____
• qualité _____ (B) • date de naissance _____ • dépt. _____ commune ou pays de naissance _____ nationalité _____
ou NOM Prénoms : _____
ou DENOMINATION : _____
ou DOMICILE : _____
ou ADRESSE DU SIÈGE : _____
• qualité _____ (B) • date de naissance _____ • dépt. _____ commune ou pays de naissance _____ nationalité _____
Liste à suivre sur intercalaire(s) : OUI NON

ÉTABLISSEMENT ADRESSE : _____ si différente du siège et relevant du ressort du même greffe
ENSEIGNE : _____ éventuellement
Préciser l'ORIGINE : création achat apport prise en location-gérance reprise après location-gérance autre (préciser)
Identité du PRÉCÉDENT EXPLOITANT : _____ nom, prénoms ou dénomination
n° RCS ou SIREN : _____ Date de radiation ou de modification au RCS : _____ (s'il y a lieu, à remplir éventuellement par le greffier)
En cas d'ACQUISITION par ACHAT ou APPORT, journal d'annonces légales ayant publié la cession : _____ du : _____
En cas de prise en LOCATION-GÉRANCE, contrat de : _____ au _____ ; renouvellement par tacite reconduction : OUI NON
Identité du LOUEUR du FONDS : _____ nom, prénoms, domicile ou dénomination, adresse du siège

ACTIVITÉS EXERCÉES dans cet établissement : permanentes saisonnières ambulantes date de début d'activité : _____

ACTIVITÉ PRINCIPALE : _____

ACTIVITÉS SECONDAIRES : _____
Préciser les PRODUITS FABRIQUÉS, VENDUS OU EXTRAITS : _____
NATURE DES ACTIVITÉS : trav. de bâtiment trav. publics extraction fabrication montage réparation transport import-export
 com. de gros com. détail prof. libérale prest. de services locat. de meubles autre (préciser) : _____
LIEU D'EXERCICE : expl. agricole mine, carrière usine, atelier dépôt, entrepôt magasin, surface : _____ m² bureau, cabinet sur chantiers
 sur marchés en clientèle autre (préciser) : _____

EFFECTIF SALARIÉ AU SIÈGE : _____ **AU LIEU D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ :** _____ ; date d'embauche du 1^{er} salarié : _____
dont : femmes : _____ mineurs : _____ trav. à domicile : _____ handicapés : _____ salariés de 65 ans et plus : _____ VRP multicartes : _____ au siège _____ à l'établissement exploité
apprentis sous contrat : _____ conjoint : _____

RÉGIME FISCAL pour les entreprises assujetties de plein droit à la TVA (voir notice) :
- Régime dont relève normalement l'entreprise : micro forfait réel simplifié réel normal
- Vous pouvez opter pour un autre régime (voir notice). Si vous êtes déjà en mesure de vous décider, précisez l'opte pour le régime du : forfait réel simplifié réel normal ou réel normal (exclusivement pour la TVA)
NOTA : Sauf renonciation adressée au service des impôts dans les 3 mois du début de l'activité, l'option ci-dessus mentionnée vaut jusqu'au 31 décembre de l'année suivante et se reconduit tacitement par période biennale.

CONDITIONS DE VERSEMENT de la TVA, si l'entreprise relève :
- du forfait : je choisis des versements trimestriels d'acomptes fixes (à déterminer avec les services fiscaux) : OUI proportionnels au montant des opérations réalisées (avec déclaration) : OUI
- du régime simplifié, les versements avec déclaration seront trimestriels ou per option mensuels
- du régime réel normal, les versements avec déclaration seront mensuels, si montant TVA ≥ 12000 F/an trimestriels, si montant TVA < 12000 F/an

SARL : si société de famille, option pour le régime fiscal des sociétés de personnes : OUI ; si EURL et associé personne physique, l'opte pour l'impôt sur les sociétés : OUI

Lieu principal d'exploitation de l'entreprise : _____ adressé si différent de l'établissement ci-dessus

ADRESSE PERMANENTE : pour la correspondance bat., esc., entrée, bloc, tour, voie : n° type itinéraire tél. :
commune code postal bureau distributeur ou cedex

1^{er} feuillet CFE compétent

2^e feuillet RCS / RM REBA / RSAC

3^e feuillet RNCS / INPI

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire. Les déclarations inexactes peuvent, dans certains cas, exposer leurs auteurs à des sanctions pénales.

LE SOUSSIGNÉ : _____ nom patronymique, nom d'usage, prénoms - en cas de mandataire, préciser également ses qualités et adresse.
demande que ce document constitue demande d'IMMATRICULATION
au REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS , au RÉPERTOIRE DES MÉTIERS , au RSAC , au REBA ,
et déclaration aux Services Fiscaux, aux Organismes de Sécurité Sociale, à l'INSEE, et s'il y a lieu, à l'Inspection du Travail et à l'ASSÉDIC

Fait à : _____
le : _____
signature : _____

Attention, veuillez signer séparément chaque feuillet

(A) En cas de FUSION ou SCISSON, préciser sur un intercalaire : Dénomination, Forme juridique, Adresse du siège, n° RCS de toutes les Personnes Morales ayant participé à l'opération. (Mod. 540 510 Berger Lovrault Nancy)
(B) **PERSONNE PHYSIQUE** : Date, lieu de naissance, nationalité ; si le dirigeant ou associé est étranger : référence du titre de séjour ou carte de commerçant ; si l'associé est marié : date et lieu du mariage, régime matrimonial et clauses contractuelles éventuelles, usage étranger mentionné du GIE ; n° RCS ancien RM et s'il est marié, nom du conjoint, date et lieu de mariage, régime matrimonial et clauses contractuelles éventuelles. En cas de GERANT ou ASSOCIÉ majoritaire de SARL, ASSOCIÉ de SNC ou SCS, notamment, joindre un document social TNS.
PERSONNE MORALE : Forme juridique, nom et prénoms du représentant permanent ; pour chaque membre du GIE : n° RCS et/ou RM.

GREFFE DU TRIBUNAL

DE :

CODE GREFFE :

REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS

IMMATRICULATION

- PRINCIPALE
 SECONDAIRE

INSCRIPTION

- COMPLÉMENTAIRE
 MODIFICATIVE

- CORRECTION
 RADIATION

Date d'arrivée au Greffe :

Numéro d'arrivée au Greffe :

NOTA :

Les Greffiers et l'Institut National de la Propriété Industrielle sont astreints et seuls habilités à délivrer à toute personne qui en fait la demande des certificats, copies ou extraits des inscriptions portées au registre et actes déposés en annexe, sauf en ce qui concerne les inscriptions radiées, qui sont communiquées dans les conditions fixées par l'arrêté (du 24 septembre 1984), prévu à l'article 88 (décret n° 84-406 du 30 mai 1984, art. 67)

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES (pièce n° 24) :

DATE de DÉPÔT des STATUTS :

OBSERVATIONS du GREFFIER :

La conformité des déclarations ci-annexées avec les pièces justificatives produites en application des règlements a été vérifiée par le Greffier soussigné qui a procédé en conséquence à l'inscription ci-dessus désignée

DATE DE L'INSCRIPTION :

Certifié, le Greffier

CADRE RÉSERVÉ

AU REGISTRE

NATIONAL

DU COMMERCE

ET DES SOCIÉTÉS

Numéro de référence :

SIGLE :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION RCS :

NOM OU DÉNOMINATION :

CADRE RÉSERVÉ A L'INSTITUT NATIONAL DE LA PROPRIÉTÉ INDUSTRIELLE		La conformité des déclarations ci-annexées avec les pièces justificatives produites en application des règlements a été vérifiée sous notre responsabilité DATE DE L'INSCRIPTION, Le Président de la Chambre de Métiers :
------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

en cas de PASSAGE en COMMISSION du RÉPERTOIRE DES MÉTIERS (articles 12 et 13 du décret du 10.06.83) Date de la transmission à la Commission de Répertoire : Date de la notification : Paiement de la redevance : en F. • <input type="checkbox"/> espèces <input type="checkbox"/> chèque bancaire <input type="checkbox"/> chèque postal Référence du Registre à souches : Affichage du : au :	en cas de DÉCISION du PRÉSIDENT de la CHAMBRE DE MÉTIERS (article 11 du décret du 10.06.83) Date de dépôt de la demande : Demande de renseignements complémentaires : Production des renseignements demandés : Date limite de la décision du Président : DÉCISION DU PRÉSIDENT : R. n° • en date du : <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Rejet	STAGE D'INITIATION A LA GESTION (article 2 de la loi du 23/12/82) Attestation - date de délivrance : Dispense - motif de la dispense : PIÈCES JUSTIFICATIVES :
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> DEMANDE D'IMMATRICULATION <input type="checkbox"/> INSCRIPTION DE MENTION DE CONJOINT COLLABORATEUR (Personnes Physiques uniquement)	<input type="checkbox"/> DÉCLARATION DE MODIFICATION	<input type="checkbox"/> DEMANDE DE RADIATION <input type="checkbox"/> RADIATION DE MENTION DE CONJOINT COLLABORATEUR (Personnes Physiques uniquement)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

Côté réservé à la Chambre de Métiers Numéro de gestion : NUMÉRO D'IMMATRICULATION RM : SIREN : NOM OU DÉNOMINATION :	CHAMBRE DE MÉTIERS DE :
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------