

DECLARATION DE MODIFICATION DE L'ENTREPRISE OU DE L'ETABLISSEMENT

**ATTENTION :** • ce formulaire ne concerne pas la cessation totale d'activité (temporaire ou définitive) qui doit être déclarée sur un formulaire M4 disponible au CFE.

- la **dispartition** résultant d'une fusion ou d'une scission doit être déclarée sur un formulaire M4 disponible au CFE.
- l'embauche d'un premier salarié ou la cessation totale d'emploi de salarié dans un établissement, si elle intervient isolément, doit être déclarée directement auprès de l'URSSAF, sur un formulaire P1M5.

**IMPORTANT**

QUELLE QUE SOIT LA FORMALITE, LES RUBRIQUES SUR FOND ROUGE DOIVENT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLIES  
SI LA FORMALITE CONCERNE UN ETABLISSEMENT, LES RUBRIQUES SUR FOND NOIR DOIVENT EGALEMENT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLIES

**1 - SI LA FORMALITE CONCERNE L'ENTREPRISE**

**LA MODIFICATION PORTE SUR :**

- L'IDENTIFICATION (dénomination, sigle)  
ou LES COMPLÉMENTS D'IDENTIFICATION (forme juridique...)
- LES CARACTÉRISTIQUES :
  - nom commercial
  - capital, durée de la personne morale, date de clôture de l'exercice social
- LES DIRIGEANTS, ASSOCIÉS TENUS INDEFINIMENT ET SOLIDAIREMENT  
DES DETTES SOCIALES, COMMISSAIRES AUX COMPTES, MEMBRES DE GIE...
- LE TRANSFERT DU SIÈGE :
  - dans le ressort du même Tribunal de Commerce ou de la même Chambre de Métiers
  - dans le ressort d'un autre Tribunal de Commerce ou d'une autre Chambre de Métiers
- LA DISSOLUTION
- AUTRE MODIFICATION  
(ex : continuation de la société malgré actif net inférieur à la moitié des capitaux propres).

**REMPLIR LES CADRES :**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*

remplir également s'il y a lieu un document social

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*

**2 - SI LA FORMALITE CONCERNE UN ETABLISSEMENT**

**LA MODIFICATION PORTE SUR :**

- L'OUVERTURE d'un nouvel établissement
- L'IDENTIFICATION de l'établissement (enseigne...)
- LES DIRIGEANTS (fondés de pouvoir), PROPRIÉTAIRES INDIVIS DU FONDS
- LE TRANSFERT D'ETABLISSEMENT
- L'ACTIVITE (adjonction, suppression, modification) OU LES CONDITIONS D'EXPLOITATION
- LA FERMETURE d'un établissement (autre que le siège)

**REMPLIR LES CADRES :**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ \*

\* SI LA FORMALITE ENTRAINE UNE IMMATRICULATION AU REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIETES OU UNE INSCRIPTION AU REPERTOIRE DES METIERS, REMPLIR EGALEMENT LE CADRE ③ ANNEXE ③ DANS LE CAS D'UNE INSCRIPTION AU REPERTOIRE DES METIERS.



### DECLARATION DE MODIFICATION

**- de L'ENTREPRISE :** IDENTIFICATION  CARACTÉRISTIQUES  DIRIGEANTS  TRANSFERT DE SIÈGE  DISSOLUTION   
(si un changement d'IDENTIFICATION)

**- de L'ÉTABLISSEMENT :** OUVERTURE  IDENTIFICATION  DIRIGEANTS  ACTIVITÉS  FERMETURE   
(V. COMPTES TRANSFERTS)

**- Autres modifications (à préciser, s'il y a lieu) :** \_\_\_\_\_

Décret n° 81-257 du 18 mars 1981 modifié créant des Centres de Formalités des Entreprises  
**NUMÉROS) DE L'IMMATRICULATION PRINCIPALE** \_\_\_\_\_

RCS \_\_\_\_\_ SIREN \_\_\_\_\_  
 Répertoire de Commerce et des Sociétés  
 Répertoire des Métiers

QUELLE QUE SOIT LA FORMALE, LES RUBRIQUES SUR FOND ROUGE DOIVENT OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES  
 ET SI LA MODIFICATION CONCERNE UN ÉTABLISSEMENT, LES RUBRIQUES SUR FOND NOIR DOIVENT AUSSI ÊTRE REMPLIES

**1 IDENTIFICATION / et le cas échéant NOUVELLE IDENTIFICATION au :** \_\_\_\_\_

**DÉNOMINATION :** \_\_\_\_\_

**SIGLE :** \_\_\_\_\_

**SIEGE** (ou en cas de transfert, nouveau siège) : **ADRESSE** y compris s'il y a lieu, **IDENTITÉ DU DOMICILIAIRE** (Nom, Prénoms ou Dénomination) : \_\_\_\_\_

**SIGLE :** \_\_\_\_\_

**2 FORME JURIDIQUE** : \_\_\_\_\_

**PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE :** \_\_\_\_\_

**EFFET DES SAUVARIE** de l'entreprise : \_\_\_\_\_

au jour de la formation

**3 CAPITAL COMMERCIAL :** \_\_\_\_\_

**CAPITAL** montant : \_\_\_\_\_

**DURÉE** de la Personne Morale : \_\_\_\_\_

**4 DIRIGEANTS** et le cas échéant, **ADMINISTRATEURS, COMMISSAIRES AUX COMPTES et ASSOCIÉS** tenus indéfiniment et solidairement des dettes sociales, **MEMBRES DU GIE, LIQUIDATEURS,**  
 - Pour l'établissement décrit ci-dessous s'il y a lieu, Personne(s) ayant le pouvoir d'engager par sa (leur) signature la responsabilité de l'entreprise (FONDÉS) DE POUVOIR, PROPRIÉTAIRES INDIVIS DU FONDS,

ou NOM, PRÉNOMS, ou DOMICILE ou ADRESSE DU SIÈGE :	qualité ancienne (s'il y a lieu)	qualité actuelle ou nouvelle	date de naissance	dépt	commune ou pays de naissance	nationalité	DATE de la modification
•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•

**5 En cas de DISSOLUTION :** la Société poursuit son exploitation pour les besoins de la liquidation :  NON  , préciser dans le cadre DIRIGEANTS les références du (ou des) LIQUIDATEUR(S) : \_\_\_\_\_

**6 En cas de TRANSFERT du SIÈGE** dans le ressort d'un autre Tribunal, indiquer les GREFFÉS ou sont éventuellement souscrites les immatriculations secondaires : \_\_\_\_\_

**7 En cas de MODIFICATION du CAPITAL** à la suite d'une FUSION  ou d'une SCOSSION  , Personnes Morales ayant participé à l'opération (Dénomination, Forme Juridique, Adresse du siège, n° RCS) : \_\_\_\_\_

**8 Liste à suivre sur intercalaires) :** OUI  NON

**Rappel du RÉGIME FISCAL** dont relève actuellement l'entreprise :

metre <input type="checkbox"/>	forêt <input type="checkbox"/>	est simplifié <input type="checkbox"/>	est normal <input type="checkbox"/>	ou est normal (conventionnel pour la TVA) <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

**9 Lieu principal d'exploitation de l'entreprise :** \_\_\_\_\_

**CONDITIONS DE VERSEMENTS de la TVA, si l'entreprise relève :**

du forfait, les versements trimestriels d'acomptes sont :	fixes <input type="checkbox"/>
du régime simplifié, les versements avec déduction sont :	trimestriels <input type="checkbox"/>
du régime réel normal, les versements avec déclaration sont :	mensuels sur option <input type="checkbox"/>
	trimestriels <input type="checkbox"/>

que aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes nant auprès des organismes destinataires de ce formulaire. s auteurs à des sanctions pénales.

1<sup>re</sup> feuille  
CFE complet  
RCS/RM  
RCS/RSA/C  
3<sup>e</sup> feuille  
RCS/IMP

**9 ETABLISSEMENT CONCERNE** / et le cas échéant **NOUVELLE IDENTIFICATION** au :  
**ADRESSE** : - si différente de celle du siège PRINCIPAL ETABLISSEMENT s'il se confond avec le siège  
 - en cas de transfert, nouvelle adresse

Cet établissement est (pour l'entreprise) : nouveau  modifié  supprimé   
 CATEGORIE(S) : siège  établissement principal  établissement secondaire   
 ENSEIGNE :  
 No SIRET :

**11** En cas d'OUVERTURE de l'établissement, de MODIFICATION DU MODE D'EXPLOITATION, d'ADJONCTION D'ACTIVITE, préciser DATE de la modification \* et ORIGINE :  
 création  transfert  achat  apport  reprise après loc. gérance  prise en gérance  autre (préciser)   
 Identité du PRECEDENT EXPLOITANT :  
 nom, prénom ou dénomination

**12** En cas de TRANSFERT du SIÈGE ou de l'ETABLISSEMENT, No SIRET :  
 Si cessation d'emploi de tout salarié, date : \*  
 \* Maintien d'une activité à l'ancien siège : OUI  NON   
**13** En cas de FERMETURE de l'établissement, de MODIFICATION DU MODE D'EXPLOITATION, de SUPPRESSION D'ACTIVITE, préciser DATE de la modification \* et DESTINATION :  
 disparition  transfert  vente  apport  reprise par le propriétaire  mise en location  autre (préciser)   
 Identité du BÉNÉFICIAIRE :  
 nom, prénom, domicile ou dénomination, adresse du siège

**14** ACTIVITES EXERCÉES dans cet établissement au jour de la formalité :  
 à remplir uniquement si cet établissement est différent de celui des services en démission  
**ACTIVITE PRINCIPALE** : permanente  saisonnières  ambulantes   
 / suite à  début  modification  fin  d'exploitation

**15** ACTIVITES SECONDAIRES :  
 Préciser les PRODUITS FABRIQUÉS, VENDUS OU EXTRAITS :  
 A remplir en cas de début ou de modification d'exploitation  
 NATURE DES ACTIVITES :  trav. de bâtiment  trav. publics  extraction  fabrication  montage  réparation  transport  import-export  com. de gros  com. détail  prof. libérale  
 ACTIVITES :  prest. de services  location de meubles  autre (préciser) :  
 LIEU D'EXERCICE :  expl. agricole  mine, carrière  usine, atelier  dépôt, entrepôt  magasin, surface \*  m<sup>2</sup>  bureau, cabinet  sur chantiers  sur marchés  en clientèle  
 \* autre (préciser) :

**16** EFFETITE SALARIALE de l'établissement : / si la (ou les) modification(s) déclarée(s) concide(nt) avec l'embauche d'un 1<sup>er</sup> salarié  ou la cessation d'emploi de tout salarié  préciser la date : \*  
 En cas d'embauche du 1<sup>er</sup> salarié, nombre de : femmes : mineurs : trav. à domicile : handicapés : salariés de 65 ans et plus : VPP multitarifs : apprentis sous contrat : conjoint :  
 Observations éventuelles du déclarant ou autre(s) modification(s) : DATE de la modification \*

**17** ADRESSE PERMANENTE :  
 pour la correspondance  
 bâtiment, section entrée, bloc, tour  
 code postal  
 bureau distributeur ou caixa  
 voie : n°  
 type  
 libelle  
 tél. :

**18** LE SOUS-SIGNÉ :  
 nom patronymique, nom d'usage, prénoms, en cas de mandataire, précisez également ses qualités et adresse  
 demande d'INSCRIPTION au RCS  au RM  au RSAC  au REBA  de RADIATION au RCS  au RM  au RSAC  au REBA   
 et déclaration aux Services Fiscaux, aux Organismes de Sécurité Sociale, à l'INSEE, et s'il est ou cesse d'être EMPLOYEUR à l'inspection du Travail et à l'ASSEDIC

Fait à :  
 le :  
 signature :  
 date

**19** NOUVEAU ou MAINTENU en cas de transfert du siège dans un autre quartier ou autre Champ de Mairie, préciser :  
 PERSONNE PHYSIQUE (sauf liquidateur) : 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. En cas de DÉPART ou ASSOCIÉ mandataire de SABL, ASSOCIÉ de SNC ou SNC, notamment, précisez un document social TMS.  
 PARTENAIRE : en cas de DÉPART ou ASSOCIÉ mandataire de SABL, ASSOCIÉ de SNC ou SNC, préciser sa date de naissance.

Mod. 540/017 Berger, Lorient, Nancy (8)

Numéro de référence :  NUMÉRO D'IMMATRICULATION RCS : NOM OU DÉNOMINATION :	<b>GREFFE DU TRIBUNAL</b> DE :  CODE GREFFE :	<b>REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS</b>		
	IMMATRICULATION <input type="checkbox"/> PRINCIPALE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE	INSCRIPTION <input type="checkbox"/> COMPLÉMENTAIRE <input type="checkbox"/> MODIFICATIVE	<input type="checkbox"/> CORRECTION <input type="checkbox"/> RADIATION	
	Date d'arrivée au Greffe :		Numéro d'arrivée au Greffe :	
	<b>NOTA :</b> 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 : <i>Certifié, le Greffier</i>		CADRE RÉSERVÉ  AU REGISTRE  NATIONAL  DU COMMERCE  ET DES SOCIÉTÉS		

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 : en f. Paiement de la redevance : <input type="checkbox"/> espèces <input type="checkbox"/> chèque bancaire <input type="checkbox"/> chèque postal Référence du Registre à souches : Arrivage 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 : P.V. 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 : Dépense - motif de la dépense : 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

CHAMBRE DE MÉTIERS DE :	Numéro de gestion : Numéro d'IMMATRICULATION RM : NOM OU DÉNOMINATION : SIREN : RM :
----------------------------	--

Côté réservé à la Chambre de Métiers