

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration N° _____
Reçue le _____
Transmise le _____

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 21, 22 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement

- 1 Dénomination, forme juridique, capital Prise d'activité d'une société créée sans activité Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
 Transfert de siège Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
 Reprise d'activité Dissolution : avec poursuite d'activité sans poursuite d'activité GIE-GEIE Autre **modification des statuts**

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION [8.1.3.15.10.13.13.19.15.12]

 IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE MACON au RM DANS LE DEPT DE _____

Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____

Dénomination / Sigle CENTRALES VILLAGEOISES SOLEIL SUD BOURGOGNE (CV)

UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société oui non

3 Date

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

4 _____ DENOMINATION _____ Sigle _____

Forme juridique _____

 Société réduite à un associé unique N'est plus une société à associé unique

Durée de la personne morale _____ an(s)

Date de clôture de l'exercice social _____ jour, mois

5 Capital : montant, unité monétaire _____

Si capital variable : Montant minimum _____

 Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social Reconstitution des capitaux propres Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS Société à mission N'est plus une société à mission

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11 Cette demande concerne : OUVERTURE FERMETURE MODIFICATION TRANSFERT LOCATION-GERANCE GERANCE-MANDAT

12 Date

ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

 Ancien établissement : Siège Siège-Etablissement principal Etablissement principal Secondaire Premier établissement en France d'une société étrangère

Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente du cadre 2) _____

Code postal _____ Commune _____

Le cas échéant, ancienne commune _____

13 Date

ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

L'ETABLISSEMENT DEVIENT : Siège Siège-Etablissement principal Etablissement principal Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)

Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____ N° unique d'identification _____

 siège fixé au domicile du représentant légal, cocher la case uniquement dans le cadre de la domiciliation provisoire

Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace

Economique Européen, indiquer le pays, le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'

Forme juridique SAS

 Siège ou 1^{er} établissement en France pour les sociétés étrangères :

Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 59 RUE JACQUES PREVERT

Code postal 71101010 Commune MACON

Le cas échéant, ancienne commune _____

Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'

_____ FUSION SCISSION Cette opération entraîne une augmentation de capital._____ MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE_____ DISSOLUTION Préciser si : Cessation de l'activité Poursuite de l'activité

Indiquer le liquidateur au cadre 19A sauf pour une transmission universelle du patrimoine

Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12

Nom du support d'annonces légales _____ Date de parution _____

Adresse de liquidation : Siège Adresse du liquidateur Autre _____ Transmission universelle du patrimoine_____ RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI

Code postal _____ Commune _____

POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié Oui Non

POUR UN ETABLISSEMENT CREE : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers Oui Non

14

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : Permanente Saisonnière / Ambulante

Indiquez la plus importante : _____
Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :

- Fabrication, production Bâtiments, travaux publics Commerce de gros
- Commerce de détail en magasin (surface : [] m²) Commerce de détail sur marché
- Commerce de détail sur Internet Autre, préciser _____

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

- Adjonction (ajout) d'activité
- Suppression partielle d'activité par : Disparition Vente Reprise par le propriétaire
- Autre, préciser _____

15

NOM COMMERCIAL _____
ENSEIGNE _____

16

EFFECTIF SALARIÉ de l'établissement créé : [] Date d'embauche du 1^{er} salarié []
Effectif salarié de l'entreprise [] dont : [] apprentis [] V RP

17

ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE

- Création, passer au cadre suivant Reprise Achat Apport
- Location-gérance Gérance-mandat Autre _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification []
Nom de naissance / Dénomination _____ Prénoms _____

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Support d'annonces légales : date de parution []
Nom du support : _____

Location-gérance - Gérance-mandat

Dates du contrat : début [] fin []
Renouvellement par tacite reconduction oui non
Loueur du fonds ou Mandant du fonds _____

Nom de naissance / Dénomination _____ Prénoms _____
Domicile / Siège _____
Code postal [] Commune _____
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant []
Greffe d'immatriculation _____

FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

Code postal [] Commune _____ Salariés présents oui non

MISE EN LOCATION-GERANCE Totalité du fonds Une partie du fonds, laquelle _____
Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination _____ Etablissement Principal Secondaire

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire [] Greffe d'immatriculation / Département pour RM _____
Domicile / Siège : _____ Code postal [] Commune _____

DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

Date _____

19A Modification situation personnelle Maintenu ancienne qualité Nouveau Partant remplir 19B

QUALITE _____ Profession de santé oui non
Nom de naissance _____ Prénoms _____ Nationalité _____

Né(e) le [] à _____ Prénoms _____ Nationalité _____
Dénomination, forme juridique _____

19B PARTANT Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique _____ Profession de santé oui non

Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité sociale []

Date _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20

1|2|0|2|2|0|2|2| OBSERVATIONS : Modification des statuts

21

ADRESSE de correspondance de l'entreprise Déclarée au cadre n° [2] Autre : _____
Code postal [] Commune _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, le cas échéant au RM et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'Insee 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.

22

LE REPRESENTANT LEGAL LE MANDATAIRE ayant procuration
 AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt

Nom, prénom / dénomination et adresse **BOUBET Laurence présidente**
59 rue jacques Prøvert _____
Code postal [7]1|0|0|0|0|0|0|0| Commune **MACON** _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à **MACON** Le [0|3|0|3|2|0|2|2|]

Nombre d'intercalaires(s) : M3 ou M3 Sarl [0]

Nb d'intercalaires JQPA [0] (justification de qualification professionnelle artisanale)
Nombre de volet(s) MBE (bénéficiaires effectifs) : [0] de volet(s) TNS [0] | Signer chaque feuillet séparément

SIGNATURE :