



MODIFICATION **CESSATION**

ACTIVITÉ : **COMMERCIALE** **ARTISANALE** **LIBÉRALE**

(Ne pas utiliser en cas de dépassement de seuil ou d'immatriculation volontaire)

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REMPILIR DANS TOUS LES CAS : POUR UNE MODIFICATION LES CADRES N° 1, 8, 9

POUR UNE CESSATION D'ACTIVITÉ LES CADRES N° 1, 2, 8, 9

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **NUMÉRO UNIQUE D'IDENTIFICATION** _____ **NOM DE NAISSANCE** _____ **Nom d'usage** _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____ à Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____
 Désignation du centre des impôts où a été déposée votre dernière déclaration de revenus _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA CESSATION D'ACTIVITÉ

2 **POUR UNE CESSATION D'ACTIVITÉ :** Date de cessation _____ Si vous êtes ambulancier, joindre la carte d'ambulancier

DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION DE LA PERSONNE

3 _____ **DATE DE MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE :**
 _____ **NOM DE NAISSANCE** _____ **Nom d'usage** _____ **Prénom** _____
 _____ **DATE DE MODIFICATION DU DOMICILE PERSONNEL :**
 rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____

4 **CONJOINT COLLABORATEUR :** CONJOINT MARIÉ OU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE
DATE _____ **Le conjoint ou le pacsé choisit le statut de collaborateur** (préciser pour celui-ci) **Le conjoint ou le pacsé demande la suppression de ce statut**
 _____ **NOM DE NAISSANCE** _____ **Nom d'usage** _____ **Prénoms** _____
 Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____

DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION D'ACTIVITÉ

5 **VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE** oui non En cas de changement :
 _____ **DATE DE CHANGEMENT DE L'ADRESSE PROFESSIONNELLE**
Ancienne adresse : (rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit) _____ Code postal _____ Commune _____
Nouvelle adresse : (rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit) _____ Code postal _____ Commune _____

6 _____ **DATE DE MODIFICATION DE L'ACTIVITÉ** Activité : Permanente Saisonnière / Non sédentaire (Ambulant ou Forain)
 Nouvelle activité exercée _____ Si votre activité principale est commerciale ou artisanale, veuillez préciser en ne cochant qu'une seule case :
Sa nature : Commerce de détail Services Commerce de gros ou intermédiaire du commerce Bât. travaux publics Autre _____
Son lieu d'exercice : Magasin (surface : _____ m²) Bureau, cabinet Sur marché En clientèle Dépôt, entrepôt Sur chantier Autre _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

7 **OBSERVATIONS :** _____

8 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° _____ Autre _____
 _____ Code Postal _____ Commune _____
 Tél _____ Tél _____
 Fax / mèl _____

9 Le présent document constitue une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale et à l'INSEE. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.

LE DÉCLARANT (désigné au cadre 1)

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____ Le _____

SIGNATURE