

DÉCLARATION DE RADIATION

RÉSERVÉ AU CFE GUIDBFKT

 PERSONNE PHYSIQUE **PERSONNE MORALE**

Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement l'activité d'agent commercial

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REPLIR DANS TOUS LES CAS : Pour une personne physique, les cadres N° 1, 2, 3, 5, 6, 11, 12 et le cas échéant les cadres 4, 10.

Pour une personne morale, les cadres N° 1, 7, 9, 11, 12 et le cas échéant les cadres 8, 10.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION _____

Désignation du service des impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultat et de TVA _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL – PERSONNE PHYSIQUE

2 NOM DE NAISSANCE _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Né(e) le _____

Dépt. _____ Commune/Pays _____

3 CESSATION DÉFINITIVE D'ACTIVITÉ :

Date de la cessation _____

Si cessation d'emploi de tout salarié, date _____

4 **POUR L'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)**

Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL/AC

5 Désignation de l'organisme conventionné servant les prestations d'assurance maladie TNS :

Nom de l'organisme conventionné _____ Dépt. _____

6 ADRESSE PROFESSIONNELLE :

Code postal _____ Commune _____

DÉCLARATION RELATIVE À L'AGENT COMMERCIAL – PERSONNE MORALE

7 DÉNOMINATION _____ Sigle _____

ADRESSE DU SIÈGE _____ Code postal _____ Commune _____

Forme juridique _____

8 Le dirigeant relève des TNS (SARL à associé unique ou à gérance majoritaire) indiquer :

– Son identité au cadre 2

– Le nom de son organisme conventionné d'assurance maladie au cadre 5

9 CESSATION DE L'ACTIVITÉ D'AGENT COMMERCIAL :

Date _____

Cette cessation d'activité entraîne la mise en sommeil de la société

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

10 OBSERVATIONS :

11 Adresse de correspondance : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

_____ Code postal _____ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Fax/e-mail _____

Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

12 **LE DÉCLARANT** *désigné au cadre 2*

LE MANDATAIRE

nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés.

Fait à _____

Le _____

Intercalaire PEIRL : oui non

Nombre d'intercalaire(s) P' : _____

SIGNATURE

