

DECLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU A L'ETABLISSEMENT

6 Cette demande concerne **UNE OUVERTURE** **UNE MODIFICATION** **UN TRANSFERT** **UNE FERMETURE**

date **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME**

7 Ancien lieu d'exercice ou établissement Principal Secondaire
Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

 Code postal Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination Fermé Vendu autre _____
 Si maintien d'une activité, l'établissement devient, de ce fait principal secondaire
POUR UNE FERMETURE : Destination Supprimé Vendu autre _____
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date

date **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE**

8 **Adresse** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

 Code postal Commune _____

POUR L'ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salariés : oui non
 Il devient Principal Secondaire
POUR UN ETABLISSEMENT CREE : Principal Secondaire

9 **Date de début D'ACTIVITE**
 Activité(s) exercée(s) : _____

 Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____

 Vous exercez une activité saisonnière Préciser la ou les période(s) d'activité _____

11 **ORIGINE DE L'ACTIVITE** Création, passer directement au cadre suivant
 Reprise
Prédécesseur ou ancien exploitant : N° unique identification
Pour une personne physique
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____
 Prénom _____
Pour une personne morale Dénomination _____

10 **Enseigne** (s'il y a lieu) : _____

12 **EFFECTIF SALARIE** du lieu ou de l'établissement créé
 Date d'embauche du 1er salarié
Total effectif salarié de l'entreprise dont : apprentis VRP

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

13
OBSERVATIONS :

14 **ADRESSE DE CORRESPONDANCE** Déclarée au cadre n° ____ Autre _____
 _____ Code Postal Commune _____
 Téléphone(s) _____
 Fax / e-mail _____

15 Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux.
 Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

<input type="checkbox"/> LE DECLARANT <i>désigné au cadre 3</i> <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE <i>nom, prénom / dénomination et adresse</i>	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ le _____ Nombre d'intercalaire(s) _____	SIGNATURE : _____
---	---	--------------------------