P2 PL

cerfa 11931*06

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

PERSONNE PHYSIQUE

☐ Profession libérale et assimilée ☐ Artiste auteur

RESERVE AU CFE GUIDBFKT

Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1 Cocher l'objet de votre formalité : *cet imprimé permet d'effectuer une ou plusieurs déclarations*
☐ Lieu d'exercice ou établissement : ouverture, modification, fermeture ☐ Situation personnelle ☐ Autre modification ☐ Transfert

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE
Remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2, 3A, 3B, 4, 18, 19, 20 et les mentions nouvelles ou modifiées en indiquant la date de l'évènement.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Etes-vous bénéficiaire du régime micro-social simplifié ☐ OUI ☐ NON Votre numéro de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A) IDENTIFICATION et le cas échéant nouvelle identité en date du |_|_|_|_|_|_|_|_|

3A
NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____

B) RAPPEL DE LA PRECEDENTE IDENTIFICATION en cas de changement

3B
NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____

4 Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune _____ Pays _____

Date de modification — DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE

5 |_|_|_|_|_|_|_|_| **Domicile personnel :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Pays _____
Le cas échéant, ancienne commune _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Nationalité** _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Pseudonyme** _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Cessation temporaire d'activité** _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Reprise d'activité après cessation temporaire**
Profession de santé ☒ oui ☒ non

6 |_|_|_|_|_|_|_|_| **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**
☐ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté
☐ Modification de la déclaration
☐ Affectation ou retrait d'un bien immobilier, d'un bien commun ou indivis
Dans l'un ou l'autre de ces cas, vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

8A |_|_|_|_|_|_|_|_| **LE CONJOINT MARIE OU PACSE :**
☐ N'exerce plus d'activité régulière dans l'entreprise
☐ Exerce toujours une activité régulière dans l'entreprise et change de statut (remplir 8B et 8C)
☐ Exerce une activité régulière dans l'entreprise (remplir les cadres 8B et 8C)

8B **CHOIX DE SON STATUT, le cas échéant après changement :**
☐ Salarié ☐ Collaborateur

8C
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_|
Commune _____
Pays _____
Domicile *(si différent de celui du déclarant)* _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

9 |_|_|_|_|_|_|_|_| **CONTRAT D'APPUI** ☐ Rupture anticipée du contrat d'appui

7 |_|_|_|_|_|_|_|_|
DECES DE LA PERSONNE TITULAIRE DE LA CHARGE OU DE LA FONCTION
Poursuite de l'activité par un suppléant désigné par une instance professionnelle ou judiciaire :
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Profession de santé ☒ oui ☒ non

Nationalité _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Dépt. |_|_|_| Commune _____
Pays _____
Domicile personnel : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Pays _____

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

10 **Cette demande concerne :** ☐ **ACTIVITE** ☐ **TRANSFERT** ☐ **OUVERTURE** ☐ **FERMETURE** ☐ **AUTRE MODIFICATION**

Date — **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME**

11 |_|_|_|_|_|_|_| **ANCIEN ETABLISSEMENT** ☐ Principal ☐ Secondaire

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

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Vendu ☐ Fermé ☐ 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**

12 |_|_|_|_|_|_|_| **Adresse :** *rés., bât., app., n°, voie, lieu-dit* _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

POUR L'ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié ☐ Oui ☐ Non

L'établissement devient ☐ Principal ☐ Secondaire

POUR L'ETABLISSEMENT CREE : ☐ Principal ☐ Secondaire

13 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité(s) exercée(s) : _____

_____

_____

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

_____

L'activité principale de cet établissement devient l'activité principale de l'entreprise :

☐ Oui ☐ Non

Vous exercez une activité saisonnière ☐ indiquez la ou les périodes d'activité :

_____

☐ Non sédentaire (ambulant)

15 **ORIGINE DE L'ACTIVITE :** ☐ Création (*passer directement au cadre suivant*)

☐ Reprise

Prédécesseur ou précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pour une personne physique :

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pour une personne morale :

Dénomination _____

14 |_|_|_|_|_|_|_| **ENSEIGNE** (s'il y a lieu)

_____

16 **EFFECTIF SALARIE** du lieu ou de l'établissement créé : |_|_|_|

Total effectif salarié de l'entreprise |_|_|_| dont : |_|_|_| apprentis |_|_|_| VRP

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 |_|_|_|_|_|_|_| **OBSERVATIONS :** _____

18 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autre : _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

19 Les informations sont transmises aux organismes destinataires 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'appliquent 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, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), 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)

Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene puissent être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice) : ☐ Oui ☐ Non

Le présent document constitue une demande de modification aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'Insee, au RSEIRL 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.

20 ☐ **LE DECLARANT** *désigné au cadre 3A*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non

SIGNATURE

P2 PL

cerfa 11931*06

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

PERSONNE PHYSIQUE

☐ Profession libérale et assimilée ☐ Artiste auteur

RESERVE AU CFE GUIDBFKT

Déclaration n° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

1 **Cocher l'objet de votre formalité :** *cet imprimé permet d'effectuer une ou plusieurs déclarations*

☐ **Lieu d'exercice ou établissement : ouverture, modification, fermeture**
☐ **Situation personnelle**
☐ **Autre modification**
☐ **Transfert**

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE
Remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2, 3A, 3B, 4, 18, 19, 20 et les mentions nouvelles ou modifiées en indiquant la date de l'évènement.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 **N° unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Etes-vous bénéficiaire du régime micro-social simplifié** ☐ **OUI** ☐ **NON**

A) IDENTIFICATION et le cas échéant nouvelle identité en date du |_|_|_|_|_|_|_|_|

B) RAPPEL DE LA PRECEDENTE IDENTIFICATION en cas de changement

3A
NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____

3B
NOM DE NAISSANCE _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____

4 Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune _____ Pays _____

Date de modification — DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE

5
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Domicile personnel :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Pays _____
Le cas échéant, ancienne commune _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Nationalité** _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Pseudonyme** _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Cessation temporaire d'activité** _____
|_|_|_|_|_|_|_|_| **Reprise d'activité après cessation temporaire**

6
|_|_|_|_|_|_|_|_| **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**

☐ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté
☐ Modification de la déclaration
☐ Affectation ou retrait d'un bien immobilier, d'un bien commun ou indivis

Dans l'un ou l'autre de ces cas, vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

8A
|_|_|_|_|_|_|_|_| **LE CONJOINT MARIE OU PACSE :**

☐ N'exerce plus d'activité régulière dans l'entreprise
☐ Exerce toujours une activité régulière dans l'entreprise et change de statut (remplir 8B et 8C)
☐ Exerce une activité régulière dans l'entreprise (remplir les cadres 8B et 8C)

8B **CHOIX DE SON STATUT, le cas échéant après changement :**

☐ Salarié ☐ Collaborateur

8C
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_|
Commune _____
Pays _____
Domicile *(si différent de celui du déclarant)* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

9 |_|_|_|_|_|_|_|_| **CONTRAT D'APPUI** ☐ Rupture anticipée du contrat d'appui

7
|_|_|_|_|_|_|_|_|

DECES DE LA PERSONNE TITULAIRE DE LA CHARGE OU DE LA FONCTION

Poursuite de l'activité par un suppléant désigné par une instance professionnelle ou judiciaire :

Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____

Nationalité _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Dépt. |_|_|_| Commune _____
Pays _____
Domicile personnel : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Pays _____

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

10 **Cette demande concerne :** ☐ **ACTIVITE** ☐ **TRANSFERT** ☐ **OUVERTURE** ☐ **FERMETURE** ☐ **AUTRE MODIFICATION**

Date — **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME**

11 |_|_|_|_|_|_|_| **ANCIEN ETABLISSEMENT** ☐ Principal ☐ Secondaire

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

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Vendu ☐ Fermé ☐ Autre _____

Si maintien d'une activité, l'établissement devient de ce fait ☐ Principal ☐ Secondaire

POUR UNE FERMETURE : Destination ☐ Supprimé ☐ Vendu ☐ Autre _____

Date — **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE**

12 |_|_|_|_|_|_|_| **Adresse :** *rés., bât., app., n°, voie, lieu-dit* _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

POUR L'ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié ☐ Oui ☐ Non

L'établissement devient ☐ Principal ☐ Secondaire

POUR L'ETABLISSEMENT CREE : ☐ Principal ☐ Secondaire

13 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** |_|_|_|_|_|_|_|

Activité(s) exercée(s) : _____

_____

_____

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

_____

L'activité principale de cet établissement devient l'activité principale de l'entreprise :

☐ Oui ☐ Non

Vous exercez une activité saisonnière ☐ indiquez la ou les périodes d'activité :

_____

☐ Non sédentaire (ambulant)

15 **ORIGINE DE L'ACTIVITE :** ☐ Création (*passer directement au cadre suivant*)

☐ Reprise

Prédécesseur ou précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pour une personne physique :

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Pour une personne morale :

Dénomination _____

14 |_|_|_|_|_|_|_| **ENSEIGNE** (s'il y a lieu)

_____

16

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 |_|_|_|_|_|_|_| **OBSERVATIONS :** _____

18 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_| ☐ Autre : _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

19 Les informations sont transmises aux organismes destinataires 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'appliquent 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, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), 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)

Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene puissent être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice) : ☐ Oui ☐ Non

Le présent document constitue une demande de modification aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'Insee, au RSEIRL 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.

20 ☐ **LE DECLARANT** *désigné au cadre 3A*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

Nom, prénom / dénomination et adresse _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le |_|_|_|_|_|_|_|

Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non

SIGNATURE