AC4 cerfa 14354-02

DECLARATION DE RADIATION

RESERVE AU CFE G U I D B F K T

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

☐ PERSONNE PHYSIQUE ☐ PERSONNE MORALE

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

Imprimer | Réinitialiser

REMPLIR DANS TOUS LES CAS : Pour une personne physique, les cadres n° 1, 2, 3, 5, 10, 11 et le cas échéant les cadres 4, 9.
Pour une personne morale, les cadres n° 1, 6, 8, 10, 11 et le cas échéant les cadres 7, 9.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **Numéro unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL – PERSONNE PHYSIQUE

2 **NOM DE NAISSANCE** _____
Nom d'usage _____
Prénom(s) _____
Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_|
Commune / Pays _____

3 **CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE**
Date de la cessation |_|_|_|_|_|_|_|_|
Si cessation d'emploi de tout salarié, date |_|_|_|_|_|_|_|_|

4 ☐ **POUR L'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

5 **ADRESSE PROFESSIONNELLE :** _____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune* _____
**En cas de fusion récente de communes, il est utile d'indiquer le nom de l'ancienne commune, notamment afin de distinguer les voies homonymes au sein de la commune nouvelle.*

DECLARATION RELATIVE A L'AGENT COMMERCIAL – PERSONNE MORALE

6 **DENOMINATION :** _____ Sigle _____
ADRESSE DU SIEGE _____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Forme juridique _____

7 **Le dirigeant relève des TNS (SARL à associé unique ou à gérance majoritaire) indiquer :**
- Son identité au cadre 2

8 **CESSATION DE L'ACTIVITE D'AGENT COMMERCIAL : Date** |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ Cette cessation entraîne la mise en sommeil de la société

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS :** _____

10 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° |_|_| ☐ Autre : _____
_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de radiation 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. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

11 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*
☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
Nom, prénom / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____
Le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Intercalaire PEIRL : ☐ oui ☐ non Nombre : |_|_|
Nombre d'intercalaire(s) P' : |_|_|

SIGNATURE

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. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.