

**SARL, SELARL y compris à associé unique
sauf activité agricole**

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

- 1** SARL SELARL LA SOCIETE EST CONSTITUEE D'UN ASSOCIE UNIQUE
 LA SOCIETE A RESPONSABILITE LIMITEE EST CONSTITUEE SANS EXERCER L'ACTIVITE

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20 Et le cas échéant n° 3, 6, 7, 8, 13B, 14, 14B, 15, 17
Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 5 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)
Pour les SARL constituées d'un associé unique, remplir les cadres 3 et 16, ainsi que le cadre 4 de l'intercalaire TNS

DECLARATION RELATIVE A LA SOCIETE

2 DENOMINATION _____
Sigle _____ Durée de la personne morale _____
Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
Date de clôture de l'exercice social _____ le cas échéant, du 1^{er} exercice _____
Statut légal particulier _____
 Adhésion de la société aux principes de l'économie sociale et solidaire (ESS)
 Société à mission

3 UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE CONSTITUEE D'UN ASSOCIE UNIQUE PERSONNE PHYSIQUE
Dans le cas où le gérant est l'associé unique :
Choix des statuts déposés : Statuts types complétés sans modification Statuts différents
 Option pour le régime des micro-entrepreneurs
CONTRAT D'APPUI : Date de fin du contrat _____
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____
Dénomination : _____ Siège _____
Code postal _____ Commune _____

4 ADRESSE DU SIEGE Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____
Préciser s'il est fixé :
 Au domicile du gérant, à cocher uniquement dans le cadre d'une domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification _____
Nom du domiciliataire _____

5 PRINCIPALES ACTIVITES DE L'OBJET SOCIAL :

6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe du tribunal de commerce ou de la chambre commerciale du tribunal judiciaire *sinon remplir un formulaire M2*
Rés., bât., appt., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

8 NOM COMMERCIAL _____
ENSEIGNE _____

9 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _____ Permanente Saisonnière / Ambulant
Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : _____
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquer l'activité principale _____
Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case s'il s'agit de :
 Commerce de détail en magasin (surface : _____ m²) Commerce de détail sur marché
 Commerce de détail sur Internet Fabrication, production Bâtiment, travaux publics
 Commerce de gros Autre précisez _____

10 ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE
ORIGINE DE L'ACTIVITE LIBERALE Création, **passer au cadre 11** Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL
 Création, **passer au cadre 11** Achat Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Support d'annonces légales : date de parution _____
Nom du support : _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Location-gérance Gérance-mandat Autre _____
Dates du contrat : début _____ fin _____
Renouvellement par tacite reconduction oui non
Loueur du fonds ou Mandant du fonds
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Domicile / Siège _____
Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant _____
Greffe d'immatriculation _____

11 EFFECTIF SALARIE / ASSIMILE : non oui, nombre _____ dont : _____ apprentis
La société embauche un premier salarié oui non

12 GERANCE : MAJORITAIRE La gérance est assurée par UN TIERS NON ASSOCIE
 MINORITAIRE / EGALITAIRE dans ce cas, une société est associée oui non

DECLARATION RELATIVE AUX GERANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) M0'

A compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13A GERANT : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____
 Nationalité _____ Dépt. / Pays _____
 Domicile _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

14A GERANT : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____
 Nationalité _____ Dépt. / Pays _____
 Domicile _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

13B Votre conjoint marié ou pacsé exerce une activité régulière dans l'entreprise :
 oui non Si oui, choix d'un statut : SALARIE
 ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS)
 COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique

14B Votre conjoint marié ou pacsé exerce une activité régulière dans l'entreprise :
 oui non Si oui, choix d'un statut : SALARIE
 ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS)
 COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR OU SALARIE
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____
 Nationalité _____ Dépt. / Pays _____
 Domicile _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR OU SALARIE
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____
 Nationalité _____ Dépt. / Pays _____
 Domicile _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GERANT

Suite sur intercalaire M0'

15 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dépt. [] [] Commune / Pays _____ Nationalité _____
 Domicile _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

16 Impôt sur les Sociétés (IS) Réel simplifié Réel normal **Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC)** Réel simplifié Réel normal
Bénéfices Non Commerciaux (BNC) Déclaration contrôlée

OPTIONS PARTICULIERES : Assujettissement à l'IS Régime des sociétés de personnes
OPTION POUR LES SARL à associé unique : Spécial BNC (micro) Micro BIC

T.V.A : Franchise en base Réel simplifié Mini-réel Réel normal Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option
 Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 € / an

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, notamment 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, 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).

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'Insee 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 REPRESENTANT LEGAL** déclaré au cadre n° []
 LE MANDATAIRE ayant procuration
Nom, prénom / dénomination et adresse

 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____ Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Nombre d'intercalaire(s) M0' SARL-SELARL : [] [] NDI : [] []
 Nombre de volet(s) TNS : [] [] JQPA : [] [] (justification de qualification professionnelle artisanale)
 Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : [] []

SIGNATURE :

Signer chaque feuillet séparément

