AC4

Imprimer

Réinitialiser

cerfa

N° 14354*01

DÉCLARATION DE RADIATION

❒ PERSONNE PHYSIQUE ❒ PERSONNE MORALE

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

RÉSERVÉ AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REMPLIR 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 exposerez 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

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.

AC4

Imprimer

Réinitialiser

cerfa

N° 14354*01

DÉCLARATION DE RADIATION

❒ PERSONNE PHYSIQUE ❒ PERSONNE MORALE

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

RÉSERVÉ AU CFE G U I D B F K T

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

REMPLIR 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** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL/AC

5

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

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 exposerez 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

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.