

INTERCALAIRE

Intercalaire N°

Déclaration n°

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 DENOMINATION

Forme juridique

FUSION - SCISSION

Suite du M2 cadre 5

2 Personnes morales ayant participé à l'opération : *dénomination, forme juridique, siège, n° unique d'identification et greffe d'immatriculation.*

ETABLISSEMENTS FERMES DANS LE RESSORT DU MEME GREFFE Suite du M2 cadre 8, du M4 cadre 6, du M4 agricole cadre 5

3 ADRESSE *rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit*Code postal Commune Destination : Suppression Vente Autre Si cessation d'emploi de tout salarié : date ADRESSE *rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit*Code postal Commune Destination : Suppression Vente Autre Si cessation d'emploi de tout salarié : date

DIRIGEANT ASSOCIE INDEFINIMENT ET SOLIDAIREMENT RESPONSABLE : SNC, SCP, Société en Commandite - Complément d'information à la déclaration M2

4 POUR LES ASSOCIES MARIES, date du mariage Dépt. Commune / Pays *si étranger* Régime actuel : Sans contrat (1) Avec contrat : Conjoint commun en biens : Nom de naissance Nom d'usage Prénoms

(1) la mention relative à l'absence de contrat de mariage ne signifie pas que le régime légal français est applicable

POUR MODIFICATION DE LA SITUATION MATRIMONIALE DEJA DECLAREE : date divorcé(e) veuf(ve) marié(e) *dans ce cas, remplir les mentions nécessaires ci-dessus*

Cas particuliers affectant le régime matrimonial :

 Procédure en cours ou décision affectant le régime matrimonial : *Séparation de biens, liquidation anticipée des acquêts* Restriction à la libre disposition des biens des époux : *Contrat de mariage, décision ou demande judiciaire* En cas d'application d'une loi étrangère : *Désignation du pays et du régime matrimonial* :

4 bis PARTANT, complément d'information à la déclaration M2

N° de Sécurité Sociale Caisse d'assurance maladie TNS ou NS agricole Dépt. Caisse de retraite

DECLARATION SOCIALE à remplir par les personnes affiliées au régime TNS- Suite M4 cadre 7

5 NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms Né(e) le Dépt. Commune / Pays Caisse d'assurance maladie TNS Dépt. Caisse de retraite NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms Né(e) le Dépt. Commune / Pays Caisse d'assurance maladie TNS Dépt. Caisse de retraite

6 Suite Déclaration

 M2 M4 M2 Agricole M4 Agricole

Précisez le n° du cadre correspondant

Si modification Date