M0 SARL

cerfa 11680*09

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CONSTITUTION D'UNE SOCIETE A RESPONSABILITE LIMITEE

SARL, SELARL y compris à associé unique sauf activité agricole

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

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

1 ☐ SARL ☐ SELARL ☐ LA SOCIETE EST CONSTITUEE D'UN ASSOCIE UNIQUE ☐ LA SOCIETE 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 1er 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 M0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7A **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 (pour l'Alsace-Moselle)** *sinon remplir un formulaire M2*
Rés., bât., appt., étage, n°, voie, lieu-dit _____
_____
Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

7B ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN :** Indiquer ces établissements sur l'intercalaire M0' SARL

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 rehefa tia anao de milaza azy

Code postal 4 5 7 8 6 Commune _____

Profession de santé ☐ oui ☐ non

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**

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR OU SALARIE

Nom de naissance rarar

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Nationalité _____ Dépt. / Pays _____

Domicile (si différent du gérant) _____

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

14A **GERANT :** Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Nationalité _____ Dépt. / Pays _____

Domicile _____

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

Profession de santé ☐ oui ☐ non

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 (si différent du gérant) _____

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

M0 SARL

cerfa 11680*09

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CONSTITUTION D'UNE SOCIETE A RESPONSABILITE LIMITEE

SARL, SELARL y compris à associé unique sauf activité agricole

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

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

1 ☐ SARL ☐ SELARL ☐ LA SOCIETE EST CONSTITUEE D'UN ASSOCIE UNIQUE ☐ LA SOCIETE 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 1er 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 M0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7A **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 (pour l'Alsace-Moselle)** *sinon remplir un formulaire M2*
Rés., bât., appt., étage, n°, voie, lieu-dit _____
_____
Code postal |__|__|__|__|__| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

7B ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN :** Indiquer ces établissements sur l'intercalaire M0' SARL

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

12

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 rehefa tia anao de milaza azy

Code postal 4|5|7|8|6 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**

CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR OU SALARIE

Nom de naissance rarar

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__| à _____

Nationalité _____ Dépt. / Pays _____

Domicile (si différent du gérant) _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune _____

14A **GERANT :** Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__| à _____

Nationalité _____ Dépt. / Pays _____

Domicile _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune _____

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 (si différent du gérant) _____

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

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