**Personnes morales DECLARATION DE CESSATION TOTALE D'ACTIVITE** □

**CLOTURE DE LA LIQUIDATION** □

 **Avec demande de radiation au RCS**

**REPOBLIKAN'l MADAGASIKARA - MINISTERE DE LA JUSTICE**

**B3**

**SIEGE** : (adresse complète)

Identité du domiciliataire éventuel :

**ACTIVITES de l'entreprise** :

 La Société exerce dès à présent une activité : oui □ non □

**DENOMINATION** SIGLE :

(en majuscules)

FORME JURIDIQUE : Norn commercial

Numéro d'immatriculation : RCS.

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

Date de la cessation d’activité : / / Date de clôture de la liquidation : / /

- DISSOLUTION/DISPARITION à la suite d’une FUSION □ ou d’une SCISSION □ indiquer la date □

- Personnes morales ayant participé à l’opération (Dénomination, forme juridique, adresse du siège, n° RCS) :

En cas de réunion de toutes les parts dans une seule main, date de transfert du patrimoine : / /

Liste à suivre par intercalaire : oui □ non □

En cas de suppression du siège de l’entreprise :

Préciser la DESTINATION : disparition □ vente □ apport □ mise en location gérance □ reprise par le propriétaire □

Autre :

Identité du BENEFICIAIRE

(Nom, prénom, domicile ou dénomination, adresse du siège)

Lieu principal d’exploitation de l’entreprise Adresse si différente du siège social :

DECLARATION RELATIVE A L’ETABLISSEMENT



Le cas échéant, références des établissements (autres que le siège) supprimes à l’occasion de cette déclaration :

ETABLISSEMENT : ADRESSE :

ENSEIGNE (éventuellement)

 Date de fin d’exploitation :

Préciser la DESTINATION : disparition □ vente □ apport □ mise en location gérance □ reprise par le propriétaire □

autre:

Identité du BENEFICIAIRE

(Nom, prénom, domicile ou dénomination, adresse du siège)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETABLISSEMENT : ADRESSE :

ENSEIGNE (éventuellement)

 Date de fin d’exploitation :

Préciser la DESTINATION : disparition □ vente □ apport □ mise en location gérance □ reprise par le propriétaire □

autre:

Identité du BENEFICIAIRE

(Nom, prénom, domicile ou dénomination, adresse du siège)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETABLISSEMENT : ADRESSE :

ENSEIGNE (éventuellement)

 Date de fin d’exploitation :

Préciser la DESTINATION : disparition □ vente □ apport □ mise en location gérance □ reprise par le propriétaire □

autre:

Identité du BENEFICIAIRE

(Nom, prénom, domicile ou dénomination, adresse du siège)



**Fait à :**

**Le :**

**Signature :**

LE SOUSSIGNE :

(Nom, prénoms, adresse et, en cas de mandataire, qualité)

Demande que ce document constitue une demande de radiation au RCS