M3 cerfa 11683*03

DECLARATION RELATIVE AUX ORGANES DE DIRECTION, SURVEILLANCE, CONTROLE DE LA PERSONNE MORALE

Imprimer | Réinitialiser

Sauf pour SARL et SELARL utiliser l'imprimé M3 Sarl/Selarl

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T

Déclaration n° _____

Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|

Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|

1 ☐ DEMANDE D'INSCRIPTION MODIFICATIVE au RCS, le cas échéant au ☐ RM — Intercalaire N° |_|

☐ INTERCALAIRE suite du formulaire M2, M2 agricole, M3 (rappeler uniquement dénomination et forme juridique)

REMPLIR DANS TOUS LES CAS :
- **si l'imprimé constitue une DEMANDE D'INSCRIPTION MODIFICATIVE au RCS les cadres n° 1, 2, 3, 13, 14**
- **si l'imprimé est utilisé à titre d'INTERCALAIRE, les cadres n°1 et 2**

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 **DENOMINATION** _____ Forme juridique _____

3 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE _____ ☐ AU RM DANS LE DEPT DE _____ |_|_|_|

SIEGE OU 1er ETABLISSEMENT EN FRANCE POUR LES SOCIETES ETRANGERES : Rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____ Le cas échéant, ancienne commune _____

DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIES, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES (Pour les personnes ayant le pouvoir d'engager la société, remplir également le cadre 11)

4 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Date |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Nouveau ☐ Partant *Remplir cadre 4 bis* ☐ Modification de la situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité _____

QUALITE _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____

Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____

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

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

4 bis ☐ **PARTANT**

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

5 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Date |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Nouveau ☐ Partant *Remplir cadre 5 bis* ☐ Modification de la situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité _____

QUALITE _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____

Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____

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

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

5 bis ☐ **PARTANT**

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

6 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Date |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Nouveau ☐ Partant *Remplir cadre 6 bis* ☐ Modification de la situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité _____

QUALITE _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____ Nationalité _____

Dénomination, forme juridique _____

Domicile / Siège _____

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

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

6 bis ☐ **PARTANT**

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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

7 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Date ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Nouveau ☐ Partant *Remplir cadre 7 bis* ☐ Modification de la situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité _____

QUALITE _____
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ à _____ Nationalité _____
Dénomination, forme juridique _____
Domicile / Siège _____
Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____
Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

7 bis ☐ **PARTANT**
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

8 **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** Date ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Nouveau ☐ Partant *Remplir cadre 8 bis* ☐ Modification de la situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité _____

QUALITE _____
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ à _____ Nationalité _____
Dénomination, forme juridique _____
Domicile / Siège _____
Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____
Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation _____

8 bis ☐ **PARTANT**
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____
Dénomination, forme juridique _____

Pour le régime TNS : N° de sécurité sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

POUR LES PERSONNES MORALES SOUMISES A L'OBLIGATION LEGALE DE DESIGNER UN REPRESENTANT

9 **Représentant de la personne morale dirigeante déclarée au cadre N°** ☐ **du** ☐ **M2** ☐ **M3**
Modification du représentant Date ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ Nouveau ☐ Partant ☐ Modification de la situation personnelle
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____ Nationalité _____
Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ à _____
Domicile _____
Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

10 **Représentant de la personne morale dirigeante déclarée au cadre N°** ☐ **du** ☐ **M2** ☐ **M3**
Modification du représentant Date ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ Nouveau ☐ Partant ☐ Modification de la situation personnelle
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____
Prénoms _____ Nationalité _____
Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ à _____
Domicile _____
Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

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

11 **Date** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **La personne déclarée au cadre N°** ☐ **a le pouvoir d'engager la société. Si son pouvoir est limité à un établissement, indiquer l'adresse de cet établissement :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit. _____ Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

12 **OBSERVATIONS :** _____

13 **ADRESSE DE CORRESPONDANCE** ☐ Déclarée au cadre n° ☐ ☐ Autre : _____
_____ Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____
Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, au RM, le cas échéant, au REB 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.

14 ☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** *Déclaré au cadre N°* ☐
☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
Nom, prénoms / dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à _____ Le ☐☐☐☐☐☐☐☐
Nombre d'intercalaire(s) M3 : ☐
Nombre de volet(s) TNS : ☐

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.