

Cessation de l'activité/Changement d'établissement des sociétés de personnes physiques

Données de l'employeur

Numéro de décompte :

Nom de l'entreprise :

						.						.			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Nom de l'établissement :

Rue, Numéro :

NPA, Localité :

Dernier jour d'ouverture ?

jour/mois/année

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

Si vous avez du personnel, merci de nous indiquer jusqu'à quelle date vous l'avez employé ? (veuillez joindre les déclarations des salaires)

jour/mois/année

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

Restez-vous membre de l'association professionnelle ? (payant)

Oui Non

Autres établissements (si par la suite vous exploitez encore un commerce)

Nom de l'entreprise :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

À quelle date ce commerce a-t-il été ouvert ?

jour/mois/année

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

Est-ce que la totalité du personnel sera repris ?

Oui Non En partie

Nombre d'employés :

Masse salariale AVS brute mensuelle (y.c. part du 13^{ème} salaire) :

Si vous exploitez un établissement saisonnier, veuillez indiquer les mois d'exploitation :

Saison estivale (du – au) :

Saison hivernale (du – au) :

Informations concernant l'associé/e

Nom, Prénom :

Numéro d'assuré :

Je garde par la suite le statut de personne de condition indépendante.

Oui Non

J'ai cessé mon activité indépendante et suis désormais

retraité(e) salarié(e) sans activité lucrative

Adresse du domicile actuel et numéro de téléphone correspondant :

Si connus, adresse privée et numéro de téléphone futurs, à partir de :

jour/mois/année

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

Adresse de paiement

Veuillez joindre un bulletin de versement ou indiquer l'adresse de paiement complète.

Numéro IBAN :

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

Nom, Adresse du titulaire du compte :

FOR | 0716-fr | 0519 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

