



DATE : / / / / / / / / / /

DECLARATION FISCALE DE CESSATION OU DE CESSION D'ACTIVITE

PERSONNE MORALE

(Sociétés, associations et autres organismes)

CESSATION

CESSION

A souscrire dans les dix jours qui suivent la cessation ou la cession d'activité.

A- IDENTIFICATION DU CONTRIBUABLE

Raison sociale :
 Sigle : Forme juridique :
 Adresse postale :
 Téléphone n° : / /
 Fax n° : Email :
 Registre du commerce n° :
 délivré le : par :
 N° de compte contribuable

Régime d'imposition : RNI RSI IS

Suspension d'activité souscrite le ⁽¹⁾ :

1 - A remplir en cas de suspension d'activité ou de mise en sommeil intervenue au cours de la vie de l'entreprise.

B- LOCALISATION DU SIEGE SOCIAL

Commune :
 Quartier : Rue :
 Lot n° : Ilot :
 Réf. cadastrale
 - Section : Parcelle :
 - TF N° :

C- AUTRES ETABLISSEMENTS

Nature	Nombre	Localité
Entrepôt		
Magasin		
Succursale (agence)		
Usine		
Boutique		
Autres ⁽²⁾		

2- Produire un état complémentaire si nécessaire.

D- ACTIVITES

Activité principale
 - Nature exacte :
 - Date de début :
Autres activités
 - Nature exacte :
 - Date de début :

E- ACTIONNAIRES OU ASSOCIES ET REPARTITION DU CAPITAL SOCIAL

Capital social :

Nom et prénom(s) ou raison sociale	Adresse	Nationalité	Part dans le capital	
			Montant	%
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
Autres ⁽³⁾				
TOTAL				100 %

3 - Produire un état annexé si nécessaire.

RESERVE A L'ADMINISTRATION

IMPOTS ET TAXES DUS A LA DATE DE CESSATION OU DE CESSION

- BIC
- BNC
- PATENTE
- TVA
- ITS
- TSE
- IRVM
- IRC
- DROITS D'ENREGISTREMENT
- AUTRES

A préciser :

Nom, prénom(s), signature et cachet du Chef du Service d'Assiette

F- DIRIGEANT

Nom et prénom(s) : Qualité :
 BP : Tél : Email :

G- AUTRES RENSEIGNEMENTS**a) Propriétaire du local professionnel**

Nom et prénom(s) ou raison sociale :
 N° de compte contribuable :
 Adresse postale : Email :
 Tél : / Fax :

b) Suivi comptable

Cabinet comptable ou centre de gestion agréé :
 N° de compte contribuable :
 Adresse postale : Email :
 Tél : / / Fax :

H-REGIMES PARTICULIERS

Nature du régime	<input type="checkbox"/> Code des Investissements	<input type="checkbox"/> Code pétrolier
	<input type="checkbox"/> Code minier	<input type="checkbox"/> Régime franc
	<input type="checkbox"/> Autres	
A préciser :		
Période d'exonération	Début de l'exonération	Fin de l'exonération
Montant de l'exonération		

I- CESSATION D'ACTIVITE

Date de la cessation d'activité :
 Motifs de la cessation (Cocher la case correspondante)
 Dissolution Liquidation judiciaire Faillite Fusion-absorption
 Dissolution-confusion | Cession/vente | Autres motifs
 A préciser :

J- CESSION D'ACTIVITE

Date de la cession :
 Bénéfice déclaré lors de la cession :
 Montant de la cession :
 Nom et prénoms du cessionnaire :
 Numéro de compte contribuable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_
 Adresse : BP Tél :

K- VISA ET SIGNATURE**Déclaration certifiée sincère**

A, le

Nom du signataire :

Qualité du signataire :