

**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  IM  TEE

Suspension d'activité souscrite le <sup>(1)</sup> : .....

*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 <sup>(2)</sup>		

*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 <sup>(3)</sup>				
<b>TOTAL</b>				<b>100 %</b>

*3 - Produire un état annexé si nécessaire.*

RESERVE A L'ADMINISTRATTION

**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**

<b>Déclaration certifiée sincère</b>	
A ....., le .....	
Nom du signataire : .....	
Qualité du signataire : .....	