P4 PL

N°11932*01

DECLARATION DE RADIATION

PERSONNE PHYSIQUE

Imprimé à compléter uniquement si vous cessez totalement et définitivement toute activité non salariée en France

RESERVE AU CFE G U I D B F H K T

Déclaration n° _____

reçue le _____ **transmise le** _____

1 ❒ **PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE** ❒ **AGENT COMMERCIAL**

RAPPEL D'IDENTIFICATION

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

3 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____ Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_| Commune/Pays _____

4 **Désignation du centre des Impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA :**

_____

5 **Nom des organismes de sécurité sociale :**

Caisse s'assurance maladie TNS : _____ Dépt. |_|_|

Caisse de retraite : _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

6 **CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE :**

Date de cessation : |_|_|_|_|_|_|_|_| ❒ Cessation consécutive au décès de la personne Si cessation d'emploi de tout salarié, date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

DECLARATION RELATIVE A L'EXPLOITATION EN COMMUN

7 **Si cessation de l'exploitation en commun, N° unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|

DECLARATION RELATIVE A LA FERMETURE DU OU DES LIEU(X) D'EXERCICE OU D'ETABLISSEMENT(S)

8 **ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE OU DE L'ETABLISSEMENT** :

rés., bât., n°, voie, lieudit _____

_____

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

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

8 bis **LIEU D'EXERCICE OU ETABLISSEMENT DONT VOUS CESSEZ SIMULTANEMENT L'EXPLOITATION** :

rés., bât., n°, voie, lieudit _____

_____

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

Destination : ❒ Suppression ❒ Vente ❒ Autre _____

Lieu d'exercice supplémentaire : remplir un nouvel imprimé P4 uniquement à titre d'intercalaire (cadres 2, 3, 8)

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS :**

10 **Adresse de correspondance :** Rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code Postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Téléphone(s) _____

Fax / e-mail _____

11 **Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE s'il y a lieu à l'inspection du travail, au registre spécial des agents commerciaux. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.**

❒ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 3*

❒ **LE MANDATAIRE**

nom, prénom /dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

le _____ *Nombre d'intercalaire(s)*

SIGNATURE

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques.Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce formulaire.