C E R F A N°90-0213 * * * * * M2 * * * * * Déclaration présentée au CFE le : 06/12/05	Exemplaire destiné au : *SNV2* Déclaration de : *Transfert du siège de l'entreprise* 20/09/02 *Transfert d'un établissement* 20/09/02 COPIE	PERSONNE MORALE CFE : *URSSAF* *U 34 02 772821 2* *U I D*

Numéro(s) de l'immatriculation principale
NUMERO SIREN : *420 849 978* NAF *926C*

** IDENTIFICATION **
Dénomination :
CLUB ECOLE PLONGEE ODYSSEE
Sigle : *04 67 91 87 27*

Siège
Adresse :
EMMANUEL SERVAL
3 IMP DES IBIS
34200 SETE
N°SIRET : *420 849 978 00028*

Forme juridique : *Association loi de 1901 et assimilés*
Principales activités de l'entreprise :
CLUB DE PLONGEE
Effectif salarié de l'entreprise : *0*

Adresse du lieu principal d'exploitation :
EMMANUEL SERVAL
3 IMP DES IBIS
34200 SETE

** E T A B L I S S E M E N T C O N C E R N E ** NOUVELLE IDENTIFICATION AU *20/09/02* Adresse : *EMMANUEL SERVAL* *3 IMP DES IBIS* *34200 SETE* N° SIRET : *420 849 978 00028*	ANCIEN ETABLISSEMENT Adresse : *EMMANUEL SERVAL* *59 RUE PAUL BOUSQUET* *34200 SETE* N° SIRET : *420 849 978 00010*

Numéro de liaison : U 34 02 772821 2 date : 06/12/05 numéro de feuillet : 001 Paraphe :

Cet établissement est : *NOUVEAU* Catégorie(s) : *SIEGE ET ETABLISSEMENT PRINCIPAL*	Maintien activité à l'ancien siège : *NON*

** ANALYSE DE L'EVENEMENT **

Date : *20/09/02* Origine : *TRANSFERT D'ACTIVITE*	Date : *20/09/02* Destination : *TRANSFERT D'ACTIVITE*

Activités exercées dans l'établt.: *PERMANENTE* suite à *DEBUT* d'exploitation

Activité principale : *CLUB DE PLONGEE*

Nature des activités : *Prestation de servic*

Effectif salarié de l'établissement: *00000*

REFERENCE DES ETABLISSEMENTS SUPPRIMES A L'OCCASION DE CETTE DECLARATION

Adresse : date de fin d'exploitation :
EMMANUEL SERVAL
59 RUE PAUL BOUSQUET
34200 SETE
N° SIRET : *420 849 978 00010* date de cessation totale d'emploi de tout salarié :
Destination : *Transfert d'activité*

Observations du déclarant :
NS SUITE CT DU RESPONSABLE FAIRE ATTESTATION INSCRIPTION SANS PERSONNEL AU RETOUR EDI N°P 243459

Adresse permanente pour la correspondance :
tél : *04 67918727*

Le(s) soussigné(s) (nom patronymique, nom d'usage, prénoms)
non précisés

Demande(nt) que ce document constitue déclaration aux Services Fiscaux, aux Organismes de Sécurité Sociale à l'INSEE, et s'il est ou cesse d'être EMPLOYEUR, à l'Inspection du Travail et à l' ASSEDIC	Fait à : *MTP* le : *06/12/05* N°de liaison: *U 34 02 772821 2* Signature :

Numéro de liaison : U 34 02 772821 2 date : 06/12/05 numéro de feuillet : 002 Paraphe :