

Avis de cessation/réduction de l'activité lucrative indépendante

1 Données personnelles de la personne indépendante

Nom de famille	Prénom(s)
Date de naissance	N° de décompte
Rue, N°	NPA, Lieu

2 Cessation de l'activité lucrative indépendante / Fermeture du cabinet

Si vous n'exercez plus d'activité lucrative indépendante et, par conséquent, vous ne réalisez plus de revenu d'une activité lucrative indépendante, veuillez remplir les champs suivants:

Date de la cessation de l'activité lucrative indépendante	Date de la dernière clôture des comptes
Date de la remise de cabinet	Remise de cabinet à
Si vous employez du personnel, quand finit le dernier rapport de travail	

3 Réduction de l'activité lucrative indépendante

Si après la fermeture du cabinet vous exercez toujours une activité lucrative indépendante ou vous réduisez votre activité lucrative indépendante, veuillez remplir les champs suivants:

Nouvelle adresse professionnelle	
Date de la remise de cabinet	Remise de cabinet à
Plus de personnel depuis/à partir de	Nouveau revenu annuel de l'activité lucrative indépendante (incl. un éventuel bénéfice de liquidation)

4 Remarques

--

5 Signature

Lieu, Date	Signature
------------	-----------