

DEMANDE DE RADIATION

Réf. Adhérent :

MOTIF DEMANDE DE RADIATION :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CESSATION D'ACTIVITE : | <input type="checkbox"/> AVEC REPRISE
<input type="checkbox"/> SANS REPRISE
<input type="checkbox"/> DECES |
|---|--|

Date cessation d'activité (JJ/MM/AA) : / /

PASSAGE à l'IS

CHANGEMENT DE CGA

AUTRES (*préciser*) :

Je soussigné

Agissant au nom de la SOCIETE (*à compléter si l'adhésion a été faite au titre d'une société*) :

Exerçant l'activité de :

Adresse professionnelle :

Donne ma démission de l'OMGA Organisme Mixte de Gestion Agréé des Gaves et de l'Adour.

Nom et Adresse du Cabinet Comptable :

DATE D'EFFET RADIATION :
(en l'absence de date d'effet de radiation mentionnée, la date d'effet de la radiation est égale à la date de signature du présent document).

IMPORTANT : LA PRISE EN COMPTE DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RADIATION EST IRRÉVOCABLE. En cas de doute, nous vous conseillons vivement de vous rapprocher de votre conseil ou de nos services.

Fait à, le

Signature de l'adhérent :

(précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")