**DOCUMENT RELATIF AU BENEFICIAIRE EFFECTIF D’UNE SOCIETE**

(L. 561-46, R. 561-55 et suivants du code monétaire et financier)

1. **INFORMATIONS RELATIVES A LA SOCIETE DECLARANTE**

Dénomination sociale :

N° unique d’identification (*SIREN*) : ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦Immatriculation au RCS du greffe de :

Forme juridique :

Adresse du siège social :

*Code postal* ………. *Commune* ………………………………………… *Pays*

1. **INFORMATIONS SUR LE BENEFICIAIRE EFFECTIF DE LA SOCIETE**
2. **Informations sur l’identité du bénéficiaire effectif :**

Civilité : Madame [ ]  Monsieur [ ]

Nom de naissance :

Nom d’usage : …………………………………. Pseudonyme :

Prénom principal : …………………………………. Autres prénoms :

Né(e) le : …13…/… /à : ………………………………………… Département / Pays :

Nationalité :

Adresse du domicile :

*Code postal* ………. *Commune* ………………………………… ……… *Pays*

1. **Informations sur les modalités du contrôle exercé par le bénéficiaire effectif sur la société (R. 561-1 du code monétaire et financier) :**

[ ]  a) Détention :

[ ]  directe et/ou [ ]  indirecte\* de plus de 25% du capital. *Précisez le pourcentage total :* %

[ ]  directe et/ou [ ]  indirecte\* de plus de 25% des droits de vote. *Précisez le pourcentage total :* %

*\*En cas de détention indirecte, précisez les modalités (chaine(s) de personnes morales, indivision…) sur le feuillet DBE-S-bis (au III 1) à joindre au présent document.*

[ ]  b) Exercice, par tout autre moyen *{autre que le a)}*, d’un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d’administration ou de direction de la société ou sur l’assemblée générale de ses associés ou actionnaires. \*\*

*\*\*Précisez les modalités de ce contrôle (pacte d’actionnaires ou d’associés, groupe familial…) sur le feuillet DBE-S-bis (au III 2) à joindre au présent document.*

 Ou, à défaut *{uniquement si aucune personne physique ne remplit les conditions des cas a) et b)}* :

[ ]  c) Représentant légal **1**

1. **Date à laquelle la personne est devenue bénéficiaire effectif de la société :**
2. **AUTRES INFORMATIONS**

[ ]  Il n’existe pas de bénéficiaire effectif autre que celui mentionné dans ce document.

 Ou

[ ]  Il est joint à ce document  *(nombre)* document(s) annexe(s), (DBE-S-2), soit autant de documents annexes (DBE-S-2) que de bénéficiaires effectifs supplémentaires, dont le contenu est approuvé par ma signature ci-après.

***ATTENTION****: Le fait de ne pas déposer au greffe ou de déposer, de manière inexacte ou incomplète le document relatif au bénéficiaire effectif constitue un délit pénal (article L. 561-49 du code monétaire et financier).*

Fait à , le ……/……/……

Nom, prénom du représentant légal : Signature : …………………………