Circulaire 11 juillet 2007 -Fiche n°2

Annexes 1, 2 et 3

ANNEXE 1 **DOCUMENT A RETOURNER AUX SERVICES PREFECTORAUX** Association syndicale de propriétaires CREATION ASL (10) Référence Préfecture R1 ASSOC R2 ASL R3 R4 8C Direction des Journaux officiels OFFICIELS TEXTE A INSERER 26, rue Desaix, 75 727 Paris cedex 15 Tel : 01.40.58.75.96 (A remplir lisiblement pour eviter tout retour préjudiciable au défai de publication) 1 Déclaration à la &3 préfecture * mom du département)..... OU &4 Sous-préfecture * (nom de la ville) 2 Siège social (à préciser impérativement) : &15 &181111111 8 Date de délivrance du récépissé : . . / . . / 200 150 Pour facturation (38 caractères maximum par ligne) &181111111

Signature do déclarant précédé de :
« la et approuvé, bon pour insertion »

Le déclarant s'engage à acquitter le montant des frais d'insertion de l'annonce à réception de la facture

DOCUMENT A RETOURNER AUX SERVICES PREFECTORAUX

Association syndicale de propriétaires					MODIFICATION ASL
Référence Préfecture	R1 ASSOC	R2 ASL	R3	R4 8M	Direction des Journaux officiels
TEXTE A INSERER A remplir lisiblement pour éviter tout retour préjudicable au délai de publication)				26, rue Desaix, 75 727 Parix cedex 15 Tel : 01.40.58.75.96	
1 Déclaration	n à la OU	&3 préfect	ture * /aure di	département)	
* Rayer la mei			réfecture *	nom de la ville)	
		100 mg 100 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			ste. A ne pas compléter en cas de modification

	u titre : objet <i>indiquor clairen</i>				
Lassociation):					
4.47.44.10					
	cations statutaires (al <i>(à remplir impérati</i> e		Marie and American Control		
	u sa remper imperativ étage, esc et résidence		mant a cancary	swage on cur are trumy	erc)
			111111		
	ype et libellé de voie : 1111111111				
	n lieulii :	101111			(1111)
&151111	11111111	шшш	111111		
&181111	1.1				
	aw distributeur : 				
8/19/1/1/1					0000
	; nouvelle adresse		en cox de chang	ement de siège social)	
	étage, esc et résidence 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		111111		1111
Nº. 1	igie et libellé de vine	and the state of the state of		The Salt Allies of Walls and Salt Allies	
	TTTTTT	1111111	111111		[_[_]_]
&151111				шшш	יניניו
&181111	postal:				
Bury	ou distributeur :				
&19 1_1_1_1			111111		
8 Date de dé	livrance du récépis	sé://2	00		
150			_		Pour facturation
150	Contract Con		1	(38 ca	ractives maximum par ligne)
	emiet de l'ASL :				
	et prénom de la person				IIIIII
	1 1 1 1 1 1 1 1 1			111111111	1111
Adre	use personnelle : hát. a	tage, esc et réside	nce:		and and and and
			LLLLL		1111
A.110	ype et libellé de voie :				

Code postal &18 | 1 | 1 | 1 | 1

Signature du déclarant précéde de « lu et approuvé, bon pour résertion »

Le déclarant s'engage à acquitter le momant des frais d'insertion de l'aumonce à réception de la facture

DOCUMENT A RETOURNER AUX SERVICES PREFECTORAUX

DOCUMENT A RETURNER AUX SERVICES PREFECTORAUX

Association syndicale de propriétaires DISSOLUTION ASL Référence Préfecture R1 ASSOC R2 ASL R3 Direction des Journaux officiels 26, rue Desain, 75 727 Paris cedex 15 Tel : 61.40.58.75.96 TEXTE A INSERER (A remplir lisiblement pour éviter tout retour préjudiciable au délai de publication) 1 Déclaration à la &3 préfecture * (nom du département)..... OU &4 Sous-préfecture *(nom de la ville) Rayer la mention mutile Siège social (à préciser impératirement) &181_1_1_1_1 8 Date de délivrance du récépissé: . . / . . / 200 Pour facturation 150 (38 caractères maximum par ligne) &18111111

Signature du déclarant précède de :
« lu et approuve, bon pour invertion »