



FORMULAIRE DE DEMANDE  
 ou  D'IMMATRICULATION PRINCIPALE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE  
 ou  D'IMMATRICULATION SECONDAIRE OU D'UNE SUCCURSALE  DE REPRISE D'ACTIVITE



### RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

1	NOM : <input checked="" type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	SIDIBE	, PRENOM(S) SEKOU																												
2	DATE ET LIEU DE NAISSANCE :	01/01/1972 A MARCORY	NATIONALITE : IVOIRIENNE																												
3	ADRESSE POSTALE :																														
4	DOMICILE PERSONNEL																														
	VILLE : ABIDJAN	QUARTIER :																													
	AUTRES PRECISIONS : TELEPHONE: 07-06-81-98																														
COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) :																															
5	SITUATION MATRIMONIALE : <input checked="" type="checkbox"/> Célibataire, <input type="checkbox"/> Marié(e), <input type="checkbox"/> Veuf(ve), <input type="checkbox"/> Divorcé(e)																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Conjoint(s)</th> <th>Nom - Prénoms</th> <th>Date et lieu du mariage</th> <th>Option matrimoniale</th> <th>Régime matrimoniale</th> <th>Clauses restrictives</th> <th>Demande en séparation de biens</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Conjoint(s)	Nom - Prénoms	Date et lieu du mariage	Option matrimoniale	Régime matrimoniale	Clauses restrictives	Demande en séparation de biens																					
Conjoint(s)	Nom - Prénoms	Date et lieu du mariage	Option matrimoniale	Régime matrimoniale	Clauses restrictives	Demande en séparation de biens																									

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

6	NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :				
	SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :				
7	ACTIVITE(S) EXERCÉE(S) (préciser) :	TRANSFERT ELECTRONIQUE-TRANSPORT PUBLIC DE PERSONNES ET DE MARCHANDISES-PRESTATIONS DE SERVICES			CI-GRDBSM-2020-A-3070
8	DATE DE DEBUT :	04/08/2020	N°RCCM (s'il y a lieu) :		
9	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) :	GRAND-BASSAM/CONGO			
10	ORIGINE : <input checked="" type="checkbox"/> Crédit, <input type="checkbox"/> Achat, <input type="checkbox"/> Prise en location gérance.				
11	ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU SUCCURSALE :				
	NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :				
	SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :				
12	DATE D'OUVERTURE :				
	ADRESSE (géographique et postale) :				
	ACTIVITE(S) (préciser) :				

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

13	Exercee d'une précédente activité : <input type="checkbox"/> NON				
	<input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> commerciale <input type="checkbox"/> autre : (préciser) .....				
	• Période : de (mois et année) ....., à ....., Précédent N°RCCM (s'il y a lieu) : .....				
	• Nature de l'activité :				
	• Principal établissement :				
	• Etablissement (s) secondaire (s) : ....., N°RCCM (s'il y a lieu) : .....				
	• Adresse (géographique et postale) :				

**AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE**

14

• Nom : .....	Prénoms : .....
Date, lieu de naissance : .....	Nationalité .....
Domicile : .....	
• Nom : .....	Prénoms : .....
Date, lieu de naissance : .....	Nationalité .....
Domicile : .....	

15

LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) **SIDIBE SEKOU**

Demande à ce que la présente constitue

- UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION PRINCIPALE AU RCCM  
 UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION SECONDAIRE  
 UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE SUCCURSALE  
 UNE DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE

Fait à : **GRAND-BASSAM**

Le : **04 / 08 / 2020** (jj/mm/aa)

Signature



16 Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro d'ordre : **3692** du registre d'arr

17 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'articles 44 de l'Acte uniforme portant sur le droit commercial général par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a :

- Immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro ..... et délivré un accusé d'enregistrement,

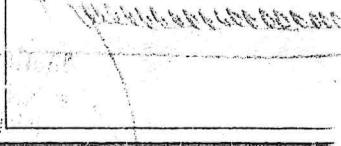
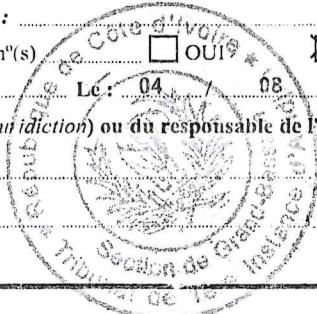
- Rejeté la demande au(x) motif(s) que : .....

Intercalaire (s) complétant la ou les rubrique(s) n°(s)  OUI  NON (si OUI, nombre de pages intercalaires : **0**)

Fait, à **GRAND-BASSAM** le : **04 / 08 / 2020** (jj/mm/aa)

Signature du Greffier (Nom, prénom, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent :

Signature

(En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent) Le demandeur atteste que le présent formulaire y comporte le(s) intercalaire (s) y relatifs (s'il y a lieu) comportant les motifs du rejet de sa demande lui a été remis

le : ..... / ..... / ..... (jj/mm/aa) et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet. (Signature du Demandeur)