

FORMULAIRE DE DEMANDE

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



DUPLICATA

RENSEIGNEMENTS RELATIFS  
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

1	NOM : <input checked="" type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle NAKOULMA	PRENOM(S) KARZOUN																																														
2	DATE ET LIEU DE NAISSANCE : EN 1976 A MINISSIA/BAGARE(BURKINA-FASO)	NATIONALITE BURKINABÈ																																														
3	ADRESSE POSTALE :																																															
4	DOMICILE PERSONNEL VILLE : MEAGUI	QUARTIER :																																														
	AUTRES PRECISIONS : TEL: 07 47 92 15																																															
5	COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) :																																															
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> <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) EXERCEE(S) (préciser) ACHAT ET VENTE DE MARCHANDISES DIVERSES.	
8	DATE DE DEBUT : 09/10/2013	N°RCCM (s'il y a lieu) : CI-SBR-2013-A-169
9	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : MEAGUI TEL: 07 47 92 15	
10	ORIGINE : <input checked="" type="checkbox"/> Création, <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	Exercice d'une précédente activité : <input checked="" 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) <b>NAKOULMA KARZOUN</b>	Fait à : <b>Soubre</b> Le <b>19</b> / <b>11</b> / <b>2020</b> (JJ/MM/AAAA)
	Demande à ce que la présente constitue	Signature
	<input checked="" type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION PRINCIPALE AU RCCM <input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION SECONDAIRE <input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE SUCCURSALE <input type="checkbox"/> UNE DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE	

16	Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro d'ordre : <b>CI-SBR-2013-A-169</b> du registre d'arrivée.
17	<i>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 :</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro CI-SBR-2013-A-169 et délivré un accusé d'enregistrement,</i> <input type="checkbox"/> <i>Rejeté la demande au(x) motif(s) que :</i>
	Intercalaire (s) complétant la ou les rubrique(s) n°(s) ..... <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON (si OUI, nombre de pages intercalaires : .....
	Fait, à <b>Soubre</b> Le : <b>19</b> / <b>11</b> / <b>2020</b> (JJ/MM/AAAA)
	Signature du Greffier ( <i>Nom, prénom, titre et juridiction</i> ) ou du responsable de l'organe compétent : <b>KOFFI K. Maurice</b> <b>Greffier en Chef</b> <b>Soubre</b>

(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 compris 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/AAAA) et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet. (Signature du Demandeur)