



RCCM

2010 P1

DECLARATION CI-ABJ-2015-A-17669



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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE

- 1 NOM : **Mlle. BEKOUÉ** PRENOM(S) : **MONHESSEA SYLVIE**
 2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **01/01/1980 à DANANE (Côte d'Ivoire)** NATIONALITE : **IVOIRIENNE**
 3 ADRESSE POSTALE : **YOPOUGON NIANGON**
 4 DOMICILE PERSONNEL
 VILLE : **ABIDJAN** QUARTIER : **YOPOUGON NIANGON**
 AUTRES PRECISIONS : (Téléphone) **09991740**
 5 COORDONNEES ELECTRONIQUES : _____
 SITUATION MATRIMONIALE : ☒ Célibataire ☐ Marié(e), ☐ Veuf(ve), ☐ Divorcé(e)

| Conjoint(s) | NOM - PRENOMS | DATE ET LIEU DU MARIAGE | OPTION MATRIMONIALE | REGIME MATRIMONIAL | CLAUSES RESTRICTIVES | DEMANDE EN SEPARATION DE BIENS |
|-------------|---------------|-------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------------------|
| Conjoint 1 | _____ | _____ (_____) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Conjoint 2 | _____ | _____ (_____) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Conjoint 3 | _____ | _____ (_____) | _____ | _____ | _____ | _____ |

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET L'ACTIVITE

- 6 NOM COMMERCIAL : (S'il y a lieu) _____
 SIGLE OU ENSEIGNE : (S'il y a lieu) _____
 7 ACTIVITE(S) EXERCEE(S) (préciser) : **Transfert d'argent (orange money), coiffure, commerce général**
 8 DATE DE DEBUT : **23/07/2015** N° RCCM (s'il y a lieu) : **CI-ABJ-2015-A-17669**
 9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) :
YOPOUGON NIANGON LUBAFRIQUE LOT 504 ILOT 302.09991740
 10 ORIGINE : ☒ Création, ☐ Achat, ☐ Prise en location gérance
 11 ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU SUCCURSALE ☐ NON ☒ OUI ☐
 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 : ☒ NON ☐ OUI ☐ commerciale ☐ autre : (préciser) _____
 • Période: de (mois et année) _____ à _____, Précédent N° RCCM (s'il ya 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

- 14 • Nom : _____ Prénoms : _____
 Date, lieu de naissance : _____ Nationalité _____
 Domicile : _____
 • Nom : _____ Prénoms : _____
 Date, lieu de naissance : _____ Nationalité _____
 Domicile : _____

- 15 LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) **BEKOUÉ MONHESSEA SYLVIE**

Demande à ce que la présente constitue

- ☒ UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION PRINCIPALE AU RCCM
☐ UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN ETABLISSEMENT SECONDAIRE
☐ UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE SUCCURSALE
☐ UNE DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE

Pour toutes vérifications, adressez-vous au greffe - FAX: 22510379 ou au site du Tribunal de Commerce - www.tribunalcommerceabidjan.org

Fait à **ABIDJAN**Le : **23 juillet 2015**

Signature du demandeur :

17:21:20

- 16 Le greffier ou le responsable de l'organe compétent a reçu le formulaire sous le numéro 12987/2015 du registre chronologique des dépôts.
- 17 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'article 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 CI-ABJ-2015-A-17669 et délivré un accusé d'enregistrement
- ☐ Rejeté la demande au(x) motif(s)

Intercalaire (s) complétant la rubrique (s) n° (s)

☐ OUI ☒ NON (si OUI, nombre de pages intercalaires : _____)

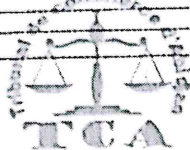
Fait à ABIDJAN Le 24/07/2015

(JJ/MM/AAAA)

signature du Greffier

(Nom, prénoms, titre et juridiction)

ou du responsable de l'organe compétent :



CISSE MAMADOU
Administrateur
des Greffes et Parquets

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

JJ/MM/AAAA

