

# DECLARATION CI-ABJ-2015-A-25445



**RCCM**  
**2010 P1**

- ☒ 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 : **M. GOME** PRENOM(S) : **BESSOU ANGE MICAEL**  
2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **12/07/1981** à **GAGNOA (Côte d'Ivoire)** NATIONALITE : **IVOIRIENNE**  
3 ADRESSE POSTALE : **COCODY ANGRE TERMINUS 81-82**  
4 DOMICILE PERSONNEL  
VILLE : **ABIDJAN** QUARTIER : **COCODY II PLATEAUX SICOGI DJIBI IL 507**  
AUTRES PRECISIONS : (Téléphone) **04992626**  
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) **GBAZO-DISTRIBUTION**  
SIGLE OU ENSEIGNE : (S'il y a lieu) **G. DIST**  
7 ACTIVITE(S) EXERCEE (S) (préciser) : **Vente de portables ; Orange-mtn-moov money ; Vente de boissons (liqueur)**  
8 DATE DE DEBUT : **04/09/2015** N° RCCM (s' il y a lieu) : **CI-ABJ-2015-A-25445**  
9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) :  
**COCODY ANGRE TERMINUS 81-82**  
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) **GOME BESSOU ANGE MICAEL**

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 : **26 octobre 2015**  
Signature du demandeur :

*[Signature]*

16:42:51

- 16 Le greffier ou le responsable de l'organe compétent a reçu le formulaire sous le numéro **20590/2015** 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-25445** et délivré un accusé d'enregistrement
- ☐ Rejeté la demande au(x) motif(s)

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

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

Fait, à **ABIDJAN** Le **28/10/2015**

(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

