



OU
ou
ou

D'IMMATRICULATION PRINCIPALE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE
D'IMMATRICULATION SECONDAIRE OU D'UNE SUCCURSALE

DE REPRISE D'ACTIVITE

CI-ADZ-22-P1-349

RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE



1	NOM : <input checked="" type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle			PRÉNOM(S)			
2	DATE ET LIEU DE NAISSANCE :	KROUBA		NATIONALITE	MATHIEU IVOIRIENNE		
3	ADRESSE POSTALE :	15/03/1971 A ADZOPÉ					
4	DOMICILE PERSONNEL						
	VILLE : ADZOPÉ			QUARTIER :	HABITAT		
	AUTRES PRECISIONS :						
5	SITUATION MATRIMONIALE :	<input checked="" type="checkbox"/> Célibataire, <input type="checkbox"/> Marié(e), <input type="checkbox"/> Veuf(ve), <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		X			
	Conjoint(s)	Nom - Prénoms	Date et lieu du mariage	Option matrimoniale	Régime matrimonial	Clauses restrictives	Demande en séparation de biens
				X			
	X			X			
	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X	X

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

6	NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :	2K SM DISTRIBUTION	
	SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :		
7	ACTIVITE(S) EXERCÉE(S) (préciser) :	TRANSFERT ELECTRONIQUE D'ARGENT	
8	DATE DE DEBUT :	COUVERT JUIN 2022	
9	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) :	N°RCCM (s'il y a lieu) : CI-ADZ-2022-A-337 ADZOPÉ	
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) :	X	
12	DATE D'OUVERTURE :	X	
	ADRESSE (géographique et postale) :		
	ACTIVITE(S) (préciser) :	X	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

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

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 SOUSSIGNÉ (préciser si mandataire) **KROUBA MATHIEU**

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 : **ADZOPÉ**
 Le : **07 / 06 / 2022** (MM/AAA)

Signature 

16. Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro d'ordre : **349** du registre d'arrivée.

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 **CL-ADZ-2022-A-337** 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 : **1**)

Fait à **ADZOPÉ** Le : **07 / 06 / 2022** (MM/AAA)

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



(En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent) Le demandeur affirme 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 : **07 / 06 / 2022** (MM/AAA) et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet. (Signature du Demandeur)

