

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

CI-KGO-23-PO-1115 (CHRONO)
RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE



1 NOM : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle OKOU, PRENOM(S) PHILIPPE GERARD JUNIOR
2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE le 22/05/1993 à ARRAB (CIV), NATIONALITE : IVOIRIENNE
3 ADRESSE POSTALE : KORHOGO, CEL : 0707451224
4 DOMICILE PERSONNEL
VILLE : KORHOGO, CEL : 0707451224, QUARTIER : RESIDENTIEL 3
AUTRES PRECISIONS :

COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) :

5 SITUATION MATRIMONIALE : ☐ Célibataire, ☐ Marié(e), ☐ Veuf(ve), ☐ Divorcé(e)

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) : VOIR VERSO
8 DATE DE DEBUT : AOÛT 2023, N°RCCM (s'il y a lieu) : CI-KGO-2023-A-1085
9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : KORHOGO, CEL : 0707451224
10 ORIGINE : ☐ Création, ☐ Achat, ☐ 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 : ☐ NON
☐ OUI, ☐ commerciale ☐ 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) :

Me BEDI FAUL KPOHITHIN
Administrateur des Greffes et Paquets
Greffier en chef adjoint