



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



RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

- 1 NOM : M. Mme Mlle TRAORE , PRENOM(S) AMINATA
 2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : 01/01/1996 A GNATO/CIV NATIONALITE : IVOIRIENNE
 3 ADRESSE POSTALE :
 4 DOMICILE PERSONNEL
 VILLE : ABIDJAN QUARTIER : ABOBO NDOTRE
 AUTRES PRECISIONS : TELEPHONE: 07-78-42-21-87
 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) : AT SERVICES
 SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :
 7 ACTIVITE(S) EXERCÉE(S) (préciser) : TRANSFERT ELECTRONIQUE D'ARGENT ET DIVERSES PRESTATIONS
 CI-GRDBSM-2023-A-9848
 8 DATE DE DEBUT : 30/08/2023 N°RCCM (s'il y a lieu) :
 9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : GRAND-BASSAM
 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) :