

MINISTERE
AUPRES DU PREMIER MINISTRE,
CHARGE DU BUDGET
ET DU PORTEFEUILLE DE L'ETAT

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

DIRECTION GENERALE DES IMPOTS



MODELE D 1010 - PRIMITIVE

DECLARATION FISCALE D'EXISTENCE

PERSONNE PHYSIQUE

A souscrire :

- avant le commencement des opérations (Art. 146 LPF)

Le défaut de déclaration est sanctionné par une amende de 500 000 francs

A - IDENTIFICATION DU CONTRIBUABLE

Nom et prénom(s) : **KAMAGATE ISSOUF**
Né(e) le : **01/01/1991** à : **OULOLOBIDI** Nationalité : **IVOIRIENNE**
Pièce d'identité n° : **CI003073528** délivrée le : **01/01/1991** à : **OULOLOBIDI**
Nom du père : **KAMAGATE KOUAKOU SOULEYMANE**
Nom de la mère : **ADJO ANZATA KAMAGATE**

Adresse personnelle

- Ville : **Agnibilekrou** Commune : _____ Quartier : **Mairie Nord**
- Rue : _____ Lot : _____ Ilot : _____
- Téléphone n° : **0708862229** / _____ / _____
- Fax n° : _____ Email : _____
- Boîte postale : _____

Registre du commerce

- N° : **CI-ABG-2023-A-560** délivré le : **12/06/2023**
- par : **Tribunal de 1ère Instance d'Abengourou**

1- Joindre obligatoirement la photocopie de la pièce d'identité du demandeur

B - IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom commercial : **KAMAGATE ISSOUF**
Sigle : _____ Forme juridique : **INDIVIDUELLE**
Boîte postale : _____

C - LOCALISATION DE L'ENTREPRISE**Siège social**

- Commune : _____ Quartier : _____
- Rue : _____ Lot n° : _____ Ilot : _____

Réf. cadastrale

- Section : _____ Parcelle : _____
- TF N° : _____

D - AUTRES ETABLISSEMENTS

Nature	Nombre
Entrepôt	
Magasin	
Succursale (agence)	
Usine	
Boutique	
Autres (2)	

Localité

2- Produire un état complémentaire si nécessaire

E - ACTIVITE**Activité principale**

- Nature exacte : **Transfert, Retrait et Depot d'Argent, Transfert d'unités**
- Date de début : **04/09/2023**

Autres activités

- Nature exacte : **DIVERS**
- Date de début : _____

F - CHIFFRE D'AFFAIRES

Chiffre d'affaires prévisionnel : **3500 000 F**

RESERVE A L'ADMINISTRATION**Code CDI**

2 0 1

N° de compte contribuable

2 3 0 4 1 3 4 **N**

Code activité

S C E 0 5 0 9

Régime d'imposition

RNI **RSI** **IM** **TEE** **Emplo**
yeur

Obligations fiscales

Patente
Impôt BIC/BA
Impôt BNC
TVA
TOB
Taxe sur les ventes de bois
en grumes
ITS
AIRSI
TSE
Impôts fonciers
Impôt des microentreprises /
Taxe d'Etat de l'entrepreneur
IGR
T.C.E

Autres (A préciser) : _____

Régimes particuliers

Exonération totale
Période : du / / / / / / / / au
/ / / / / / / /

Exonération partielle
Période : du / / / / / / / / au
/ / / / / / / /

Fondement de l'exonération

Code des Investissements	
Code minier	
Code pétrolier	
Régime franc	
Autres (A préciser)	

Nom, prénom(s), signature et cachet
du Chef du Service d'Assiette

P/O **Amou**

FOUA Anisade Joël

Adjoint technique
des services financiers

C- AUTRES RENSEIGNEMENTS**a) Propriétaire du local professionnel ^(N)**

Nom et prénom(s) ou raison sociale

N° de compte contribuable

Adresse postale

Email

Tél :

/

Fax :

b) Prestataire contracté de l'Etat**b) Suivi comptable**

Cabinet comptable ou centre de gestion agréé

N° de compte contribuable

Adresse postale

Email

Tél :

/

/

Fax :

c) Régimes particuliers ^(N)

Cofin des investissements

☐

Cofin pétrolier

☐

Cofin minier

☐

Régime franc

☐

Autres (à préciser)

☐**d. Produire document justificatif (supplément, autorisation, etc.)****REMARQUES ET SIGNATURE**

Déclaration certifiée sincère

A ABENGOURIOU le 04/09/2023

Nom du signataire : KAMAGATE ISSOUF

Qualité du signataire : GERANT

Signature et cachet
du contribuable