

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



CI-ABG-024-A-335
RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

1 NOM : ☒ M. ☐ Mme ☐ Mlle DOMAGNI , PRENOM(S) COMLAN LEON
2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : 10/11/1993 à AGNIBILEKROU NATIONALITE : BENINOISE
3 ADRESSE POSTALE :
4 DOMICILE PERSONNEL
VILLE : AGNIBILEKROU QUARTIER :
AUTRES PRECISIONS :
COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) : TEL: 01 53 57 12 26

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

Conjoint(s)	Nom - Prénoms	Date et lieu du mariage	Option matrimoniale	Régime matrimonial	Clauses restrictives	Demande en séparation de biens

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE


6 NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) : DOMAGNI COMLAN LEON
SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :
7 ACTIVITE(S) EXERCEE(S) (préciser) : COMMERCE GENERAL; IMPORT-EXPORT; DIVERSES PRESTATIONS;
8 DATE DE DEBUT : COURANT 2024 N°RCCM (s'il y a lieu) : CI-ABG-2024-A-325
9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : AGNIBILEKROU TEL: 01 53 57 12 26
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

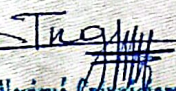
13 Exercice d'une précédente activité : ☐ NON
☐ OUI, ☐ commerciale ☐ autre : (préciser)
• Période : de (mois et année) , à , Prédécent N°RCCM (s'il y a lieu) :
• Nature de l'activité :
• Principal établissement :
• Etablissement (s) secondaire (s) : , N°RCCM (s'il y a lieu) :
• Adresse (géographique et postale) :

AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE

14	• Nom : _____ Date, lieu de naissance : _____ Domicile : _____	Prénoms : _____ Nationalité : _____
	• Nom : _____ Date, lieu de naissance : _____ Domicile : _____	Prénoms : _____ Nationalité : _____

15	LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) DOMAGNI COMLAN LEON Demande à ce que la présente constitue <input checked="" type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION PRINCIPALE AU RCCM <input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION SECONDAIRE <input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE SUCCURSALE <input type="checkbox"/> UNE DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE	Fait à : ABENGOUROU Le : 10/06/2024 (JJ/MM/AAAA) Signature : 
----	--	--

CI-ABG-024-A-335

16	Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro d'ordre : _____ du registre d'arrivée.	
17	La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'articles 44 de l'Acte uniforme portant sur le droit commercial général par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a : <input checked="" type="checkbox"/> Immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro _____ et délivré un accusé d'enregistrement, <input type="checkbox"/> Rejeté la demande au(x) motif(s) que : _____	CI-ABG-2024-A-325 Intercalaire (s) complétant la ou les rubrique(s) n°(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (si OUI, nombre de pages intercalaires : _____) Fait, à _____ Le : _____ / _____ / _____ (JJ/MM/AAAA) Signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent : 

Maître TUO Navigué Gboudjomon
ADMINISTRATEUR DES GREFFES ET PARQUELS

(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 : _____ / _____ / _____ (JJ/MM/AAAA) et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet. (Signature du Demandeur)

DEPOT, RETRAIT, ET TRANSFERT ELECTRONIQUE D'ARGENT TOUS RESEAUX(Moov money, MTN money, Wave, Orange money).