

- ☐ IMMATRICULATION PRINCIPALE DE LA PERSONNE PHYSIQUE
☐ IMMATRICULATION SECONDAIRE OU DUNE SUCCURSALE ☐ DE REPRISE D'ACTIVITE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE

1 NOM : ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle COULIBALY PRÉNOM(S) : N'BAHA
2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : 20/11/1991 A MABENGUT NATIONALITE : IVOIRIENNE
3 ADRESSE POSTALE :
4 DOMICILE PERSONNEL :
VILLE : DALOA QUARTIER : COMMERCE
AUTRES PRECISIONS : CEL. 07 57 21 17 81

COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu)

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

Conjoints	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) :
7 SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :
8 ACTIVITE(S) EXERCEE(S) : EXPLOITATION DES PRODUITS DE LA TELEPHONIE MOBILE (voir verso)
9 DATE DE DEBUT : 11/10/2024 N° RCCM : CI-DAL 2024 A.13.036
10 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) :
11 ORIGINE : ☒ Création, ☐ Achat, ☐ Prise en location gérance,
12 ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU SUCCURSALE :
NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :
SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :
13 DATE D'OUVERTURE :
ADRESSE (géographique et postale) :
ACTIVITES (préciser) :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

14 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) secondaires (s) : , N° RCCM (s'il y a lieu) :
• Adresse (géographique et postale) :

AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

Nom	Prénoms
Date, lieu de naissance	Nationalité
Domicile	
Nom	Prénoms
Date, lieu de naissance	Nationalité
Domicile	

12. LE SOUSSIGNÉ (préfixer si mandataire) **COULIBALY N'BAHA**

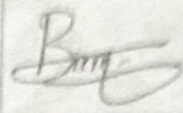
Demande à ce que la présente constitue :

☐ 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 **DALQA**
Le **11** / **10** / **2024**
Signature 

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'article 44 de l'Acte uniforme portant sur le droit commercial général par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a :

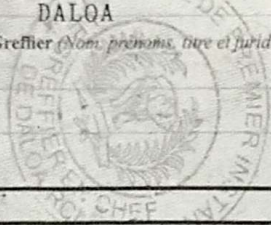
☐ Immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro _____ et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ 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 : _____)

Fait, à **DALQA** Le **11** / **10** / **2024** (LIEU/MOIS/AN)

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

 **Maitre Kouaï-Bi Dje Emmanuel**
Administrateur des Greffes
et Parquets Hors Grade



(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 : _____ / _____ / _____ (LIEU/MOIS/AN) et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet. (Signature du Demandeur)

(ORANGE-MTN-MOOV)MONEY- WAVE- TRANSFERT D'ARGENT.