



**TC-CI P1**

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

**CI-ABS-2024- P1-76**  
**RENSEIGNEMENTS RELATIFS**  
**A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE**

1 NOM :   Mme  Mle

KOUADIO

, PRENOM(S)

KONAN JEAN -KLAVER

2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

20/11/1991 A TAI

NATIONALITE :

IVOIRIENNE

3 ADRESSE POSTALE :

4 DOMICILE PERSONNEL

VILLE : ABOISSO.

QUARTIER :

ASSOUBA

AUTRES PRECISIONS :

COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) :

5 SITUATION MATRIMONIALE :   célibataire,  Marié(e),  Veuf(ve),  Divorcé(e) 07-48-45-51-48

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) :

VENTE D'ARTICLES INFORMATIQUE ET SERVICE INFORMATIQUE

8 DATE DE DEBUT : 08/02/2024

N°RCCM (s'il y a lieu) :

CI-ABS-2024-A-59

9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : ABOISSO

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) :

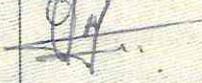
• Adresse (géographique et postale) :

Me DIBY Georges  
Administrateur  
des Greffes et Parquets



**AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE**

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

15	<b>LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire)</b>	Fait à : ..... ABOISSO Le : ..... 08/02/2024 (JJ/MM/AAAA) Signature 
	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	

CI-ABS-2024-P1-76

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 ..... CI-ABS-2024-A-59 et délivré un accusé d'enregistrement, <input type="checkbox"/> Rejeté la demande au(x) motif(s) que : ..... 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 ..... ABOISSO Le : ..... 08/02/2024 (JJ/MM/AAAA) Signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent : ..... Signature 

(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)

TRANSFERT D'ARGENT



Me DIBY Georges  
Administrateur  
des Greffes et Parquets