

MINISTERE AU PRES DU PREMIER MINISTRE
CHARGE DU BUDGET

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union • Discipline - Travail

DIRECTION GENERALE
DES IMPOTS



MODELE D 1010 - MODIFICATIVE

Droits de recherche : 1 000 francs
(Loi n° 96-218 du 13 mars 1996)

DECLARATION FISCALE DE MODIFICATION DES CONDITIONS D'EXPLOITATION

PERSONNE PHYSIQUE



A souscrire :

- après modification des conditions d'exploitation (Art. 284 CGI)
- après mutation de fonds

Le défaut de déclaration est sanctionné par une amende de 100 000 francs

A - IDENTIFICATION DU CONTRIBUABLE

Nom et prénom(s) : KABORE FATHIMA
 Né(e) le : 17-12-1984 à : GAO Nationalité : Burkinabé
 Pièce d'identité n° : PE 38403000 délivrée le : 04-02-2011 à : GAO
 Nom du père : KABORE LAGAEL
 Nom de la mère : GANATEMA MAITI

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Code CDI

025

N° de compte contribuable

1243625 G

Code activité

SCE0509

Régime d'imposition

RNI

RSI

IS

Obligations fiscales

Patente

Impôt BIC/BA

Impôt BNC

TVA

TOB

Taxe d'abattage

ITS

AIRSI

TSE

Impôts fonciers

Impôt synthétique

IGR

Autres (A préciser)

SNT

Régimes particuliers

Exonération totale

Période :

Exonération partielle

Période :

Fondement de l'exonération

Code des investissements

Code minier

Code pétrolier

Régime franc

Autres (A préciser)

Adresse personnelle

- Ville : San-Pédro Commune : San-Pédro Quartier : San-Pédro
- Rue : Lot : Ilot :
- Téléphone n° : / /
- Fax n° : Email :
- Boîte postale :

Registre du commerce

- N° C.I.B.K. 2014 A 706 délivré le : 02-03-2011
- par : Agence des Postes

Lors de l'enregistrement, une photocopie de la pièce d'identité du demandeur

B - IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom commercial : NCINI

Sigle : Forme juridique : SAINT INNÉ

Boîte postale :

C - LOCALISATION DE L'ENTREPRISE

Siège social

- Commune : San-Pédro Quartier : Gare Routière
- Rue : Lot n° : Ilot :

Réf. cadastrale

- Section : AB Parcelle : 549
- TF N° :

D - AUTRES ETABLISSEMENTS

Nature	Nombre
Entrepôt	
Magasin	
Succursale (agence)	
Usine	
Boutique	
Autres	

Localité

2- Produire état complémentaire si nécessaire

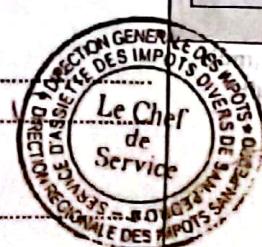
E - ACTIVITE

Activité principale

- Nature exacte : Vente et distribution de marchandise
- Date de début : 01-01-2011

Autres activités

- Nature exacte :
- Date de début :



04-11-15

KOUAKOU BE KONAN ALFRED

Administrateur
des Services Financiers

F-A

al

F - AUTRES RENSEIGNEMENTS**a) Propriétaire du local professionnel**

Nom et prénom(s) ou raison sociale :
 N° de compte contribuable :
 Adresse postale : Email :
 Tél : / Fax :

b) Suivi comptable

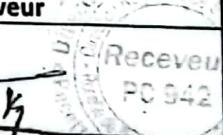
Cabinet comptable ou centre de gestion agréé :
 N° de compte contribuable :
 Adresse postale : Email :
 Tél : / Fax :

c) Régimes particuliers

Code des Investissements
 Code minier
 Autres (A préciser)

Code pétrolier
 Régime franc

G - DROITS ACQUITTES

Nature	Montant	Références quittance	Nom, prénoms, cachet et signature du Receveur
Droits de recherche	1.000	03934	  KOFFIK NAZaire Insp. des Impôts

H - VISA ET SIGNATURE

Déclaration certifiée sincère		Signature et cachet du contribuable
A <i>Koffik Nazaire</i> , le <i>28/02/2015</i>	Nom du signataire : <i>Koffik Nazaire</i>	
Qualité du signataire : <i>Inspecteur des Impôts</i>		<i>LL</i>