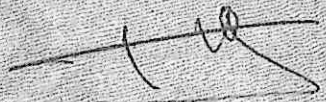


# AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE

14

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

15 LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) **KOUASSI KOUASSI ODILON**

Fait à : ..... **Bouaké** .....  
 Le : 25 / 09 / 2018 (MM/AAAA)  
 Signature : 

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

16 Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro d'ordre : **CI-BKE-2018-1120** et l'a enregistré.

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 **CI-BKE-2018-1120** 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 **Bouaké** Le : 25 / 09 / 2018 (MM/AAAA)  
 Signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent :   
  
**Attaque des Greffes et Parquets**  
**Greffier en Chef Adjoint**

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





**RENSEIGNEMENTS RELATIFS  
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE**

1 NOM : ☒ M. ☐ Mme ☐ Mlle **KOUASSI**, PRENOM(S) **KOUASSI ODILON**  
 2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **28/12/1993 A BOUAKE**, NATIONALITE : **IVOIRIENNE**  
 3 ADRESSE POSTALE : **BOUAKE / AHOUGNANSOU, TEL: 09 62 45 78**  
 4 DOMICILE PERSONNEL  
 VILLE : **BOUAKE** QUARTIER : **AHOUGNANSOU**  
 AUTRES PRECISIONS :  
 COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) :  
 5 SITUATION MATRIMONIALE : ☒ Célibataire, ☐ Marié(e), ☐ Veuf(ve), ☐ Divorcé(e)

| 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) : **TRANSACTION MONETAIRE, VENTE DE TELEPHONES PORTABLES ET ACCESSOIRES**  
 8 DATE DE DEBUT : **25/09/2018**, N°RCCM (s'il y a lieu) : **CI-BKE-2018-A-11**  
 9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : **BOUAKE / AHOUGNANSOU, TEL: 09 62 45 78**  
 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 , Précedent 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) :