

**MINISTERE DU BUDGET  
ET DU PORTEFEUILLE DE L'ETAT**

-----  
**DIRECTION GENERALE DES IMPOTS**  
-----



**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**  
**Union - Discipline - Travail**  
-----

**MODELE D 1010 - PRIMITIVE**

**DECLARATION FISCALE D'EXISTENCE**

**PERSONNE PHYSIQUE**

**A souscrire :**

**- avant le commencement des opérations (Art. 146 LPF)**

**Le défaut de déclaration est sanctionné par une amende de 500 000 francs**

**A - IDENTIFICATION DU CONTRIBUABLE**

Nom et prénom(s) : SAMONILLI NIMDETCHIM MODORIS  
 Né (e) le : 10/07/1990 à : Beauche Nationalité : Camérienne  
 Pièce d'identité <sup>(1)</sup> n° : 9100211019 délivrée le : 09/10/2014 à : Abidjan  
 Nom du père : SAMONILLI DELEGOUA  
 Nom de la mère : SILGA FLORENCE

**Adresse personnelle**

- Ville : Abidjan Commune : Assandé Quartier : Siémondio  
 - Rue : RD 488 route Lot : 843 Ilot : 82  
 - Téléphone n° : 0757996419 /  
 - Fax n° : ..... Email : fredidob57@gmail.com  
 - Boîte postale : .....

**Registre du commerce**

- N° : CI-ABJ-03224A délivré le : .....  
 - par : TCA-CEPICI

1- Joindre obligatoirement la photocopie de la pièce d'identité du demandeur

**B - IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE**

Nom commercial : SAMON MULTISERVICE  
 Sigle : ..... Forme juridique : SARL  
 Boîte postale : .....

**C - LOCALISATION DE L'ENTREPRISE****Siège social**

- Commune : Abidjan Quartier : Boulevard ABEE  
 - Rue : permercier Lot n° : 843 Ilot : 82  
 Réf. cadastrale  
 - Section : IM Parcelle : 399  
 - TF N° : .....

**D - AUTRES ETABLISSEMENTS**

Nature	Nombre
Entrepôt	
Magasin	
Succursale (agence)	
Usine	
Boutique	
Autres <sup>(2)</sup>	

Localité

2- Produire un état complémentaire si nécessaire

**E - ACTIVITE****Activité principale**

- Nature exacte : Installation de services  
 - Date de début : 29/02/2024

**Autres activités**

- Nature exacte : .....  
 - Date de début : .....

**F - CHIFFRE D'AFFAIRES**

Chiffre d'affaires prévisionnel : 5000 000

**RESERVE A L'ADMINISTRATION****Code CDI**

8 2 9

**N° de compte contribuable**

2400546

Z

**Code activité**

SCE0509

**Régime d'imposition**

RNI	RSI	IM	TEE	Emplo yeur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obligations fiscales**

Patente	<input type="checkbox"/>
Impôt BIC/BA	<input type="checkbox"/>
Impôt BNC	<input type="checkbox"/>
TVA	<input type="checkbox"/>
TOB	<input type="checkbox"/>
Taxe sur les ventes de bois en grumes	<input checked="" type="checkbox"/>
ITS	<input type="checkbox"/>
AIRSI	<input type="checkbox"/>
TSE	<input type="checkbox"/>
Impôts fonciers <u>12%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Impôt des microentreprises / Taxe d'Etat de l'entrepreneur	<input checked="" type="checkbox"/>
IGR	<input type="checkbox"/>
Autres (A préciser) : <u>EDFP, SMT</u>	<input type="checkbox"/>

**Régimes particuliers**

Exonération totale	<input type="checkbox"/>
Période : du / / / / / / / / au / / / / / / / /	

Exonération partielle	<input type="checkbox"/>
Période : du / / / / / / / / au / / / / / / / /	

**Fondement de l'exonération**

Code des Investissements	
Code minier	
Code pétrolier	
Régime franc	
Autres (A préciser)	

Nom, prénom(s), signature et cachet  
du Chef du Service d'Assiette

Administrateur Principal  
des Services Financiers

## G- AUTRES RENSEIGNEMENTS

### a) Propriétaire du local professionnel <sup>(3)</sup>

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

### 3- Produire contrat de bail

### b) Suivi comptable

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

### c) Régimes particuliers <sup>(4)</sup>

Code des Investissements

☐

Code pétrolier

☐

Code minier

☐

Régime franc

☐

Autres (A préciser)

☐

### 4- Produire document justificatif (agrément, convention, etc.)

## H - VISA ET SIGNATURE

### Déclaration certifiée sincère

A ASIDJON, le 22/10/2022

Nom du signataire : SAMOUSSI NINDOTCHIM FREDERIC

Qualité du signataire : .....

Signature et cachet  
du contribuable

**INNOV FINANCES & GESTION**  
RCM: C/ABJ-03-2021-B13-02892  
Cot: 07 57 57 10 / 07 87 20 60 76  
Régime d'imposition: TEE