

RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE



1 NOM : ☒ M. ☐ Mme ☐ Mlle DJOMAND PRENOM(S) STEPHANE BLAISE

2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : 23/12/1980 A BONOUA NATIONALITE : IVOIRIENNE

3 ADRESSE POSTALE :

4 DOMICILE PERSONNEL

VILLE : ABOISSO QUARTIER : RIVE GAUCHE

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) : COMMERCE GENERAL

8 DATE DE DEBUT : 26/11/2024 N°RCCM (s'il y a lieu) : CI-ABS-2024-A-442

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 , Prédécent 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) :

AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

14

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

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

15 LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire)

ABOISSO
 Fait à : 26/11/2024
 Le : / / (JJ/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

CI-ABS-2024-P1-668

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 : **CI-ABS-2024-A-442**

☒ 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 **ABOISSO** Le : 26/11/2024 / (JJ/MM/AAAA)

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

Me DIBY Georges
 Administrateur

(En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent) Le demandeur atteste que le présent formulaire comprend 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)



Me DIBY Georges
 Administrateur
 des Greffes et Parquets