



RCCM  
2010 - P1

# DECLARATION

CI - ABJ - 2014 - A - 6343

- D'IMMATRICULATION PRINCIPALE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE ou  
 D'OUVERTURE D'UN ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU D'UNE SUCCURSALE ou  
 DE REPRISE D'ACTIVITE

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTE

1	NOM ET PRENOMS : M Mme Melle		KOUADIO N'GUESSAN ISABELLE EPSE YAO		NATIONALITE(*) : IVOIRIENNE		
2	DATE ET LIEU DE NAISSANCE :		12/09/1970 à YAMOUSOUKRO				
3	ADRESSE POSTALE :		08 BP 20 ABJ 08 COCODY, TEL 07 44 82 27 / 41 37 40 76				
4	DOMICILE PERSONNEL :		Ville : ABIDJAN		Quartier : COCODY		
5	COORDONNEES ELECTRONIQUE (s'il y a lieu)						
SITUATION MATRIMONIALE :	<input type="checkbox"/> Celibataire,	<input checked="" type="checkbox"/> Marié (é)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)			
Conjoint(s),	Nom et Prénoms	Date et Lieu de Mariage	Option Matrimoniale	Régime Matrimonial	Clause restrictives	Séparation de biens	
Conjoint 1	XAO KONAN ARMAND	17/11/2012 à BINCHERVILLE	MONOGAMIE	Séparation de biens			
Conjoint 2							
Conjoint 3							

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

6	NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu)	PRESSING LA GRACE			
7	ACTIVITES PRINCIPALES :	SIGLE ou ENSEIGNE: (s'il y a lieu)			
PRESSING ET DIVERSES PRESTATIONS					
8	Date de début d'activité	21/03/2014	N'RCCM (s'il y a lieu)	CI - ABJ - 2014 - A - 6343	
9	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPALE (géographique et postale)				
10	08 BP 20 ABJ 08 COCODY, TEL 07 44 82 27 / 41 37 40 76				
11	* Origine	<input checked="" type="checkbox"/> Création	<input type="checkbox"/> Achat	<input type="checkbox"/> Prise en location gérance	
12	ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU SUCCURSALE OUVERT				
13	NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) : _____				
14	SIGLE ou ENSEIGNE(s'il y a lieu) : _____				
15	DATE D'OUVERTURE : _____				
16	ADRESSE (géographique et postale) : _____				
17	ACTIVITE(préciser) : _____				

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

13	Exercice d'une précédente activité :	<input checked="" type="checkbox"/> Non,			
		<input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Commercial, <input type="checkbox"/> Autres : (préciser) _____	Précédent N'RCCM (s'il y a lieu) : _____		
14	* Période : de (mois et année) : _____	à _____			
	* Nature de l'activité : _____				
	* Principal établissement : _____				
	* Etablissements secondaires: _____	Précédent N'RCCM (s'il y a lieu) : _____			
	* Adresse (geographique et postale): _____				

## AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTE

14	Outre l'exploitation, les personnes suivantes ont le pouvoir d'engager l'entreprise				
	* Nom ..... Prénoms .....	Nationalité .....			
	Date et Lieu de Naissance .....	Domicile .....			
	* Nom ..... Prénoms .....	Nationalité .....			
	Date et Lieu de Naissance .....	Domicile .....			

15	LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) :
	demande à ce que la présente constitue
	<input checked="" type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION AU R.C.C.M ·
	<input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN ETABLISSEMENT SECONDAIRE
	<input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE SUCCURSALE
	<input type="checkbox"/> UNE DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE

Fait à ABIDJAN  
le 21/03/2014  
Signature

15:41:29

Pour toutes vérifications adressez-vous au greffe FAX: 22 51 03 79 ou au site du tribunal du commerce  
Le demandeur est le独占権者 de l'entière responsabilité son actes.

16 Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro d'ordre :  
51335 du 20/03/2014

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 compétente qui a :

Immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro : CI - ABJ - 2014 - A - 6343 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 : ( si OUI, nombre de pages intercalaires : ..... )  
 Non

Fait , à ABIDJAN Le 21/03/2014 (JJ/MM/AAAA)

Signature du Greffier ( Nom,prénoms,titre et juridiction ou du responsable de l'organe compétent :  
  
**BALY APOLLINAIRE**  
ADMINISTRATEUR DES SERVICES JUDICIAIRES  
Chevalier de l'Ordre du Mérite judiciaire

(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) : .....

ATTENTION: Seule la copie originale portant le cachet sera acceptée



LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
L'UNION DES CHAMBERS DE COMMERCE ET INDUSTRIE DE COTE D'IVOIRE  
L'UNION DES CHAMBERS DE COMMERCE ET INDUSTRIE DE COTE D'IVOIRE  
L'UNION DES CHAMBERS DE COMMERCE ET INDUSTRIE DE COTE D'IVOIRE