

**TC-CI P<sub>1</sub>****CI-DAL 24 PO.440 CHRONO****FORMULAIRE DE DEMANDE**

ou  D'IMMATRICULATION PRINCIPALE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE  
 ou  D'IMMATRICULATION SECONDAIRE OU D'UNE SUCCURSALE  DE REPRISE D'ACTIVITE


**RENSEIGNEMENTS RELATIFS  
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE**

- 1 NOM :  M.  Mme  Mlle **SORO**, PRENOM(S) **SEYDOU**
- 2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **05/01/2002 A BROKOUA**, NATIONALITE : **IVOIRIENNE**
- 3 ADRESSE POSTALE :
- 4 DOMICILE PERSONNEL  
VILLE : **DALOA** QUARTIER : **SAVONNIE**  
AUTRES PRECISIONS : **CEL:07 49 49 08 64**
- 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) EXERCÉE(S) (préciser) : **EXPLOITATION DES PRODUITS DE LA TELEPHONIE (voir verso)**
- 8 DATE DE DEBUT : **25/06/2024** N°RCCM (CI-DAL 2024 A.12.802)
- 9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : **DALOA QT SAVONNERIE**
- 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) :  
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 , Précédent 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) :