

**DECLARATION****D'IMMATRICULATION DE PERSONNE MORALE**RCCM
2014-M1**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE MORALE**

- 1 RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : **AURIANE PHARMA**
- 2 NOM COMMERCIAL : SIGLE : ENSEIGNE :
- 3 FORME JURIDIQUE : **SARLU**
- 4 CAPITAL SOCIAL : Chiffre **5 000 000 F CFA** lettre CINQ MILLIONS
DONT : **5 000 000 en numéraire 0 en nature et 0 en industrie**
SEUIL MINIMUM DU CAPITAL SOCIAL :
- 5 ADRESSE DU SIEGE : **ABIDJAN YOPOUGON CITE MAMIE ADJOUA ILOT:26, LOT:243 ; 25 BP 1065 ABIDJAN 25**
- 6 N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE **CI-ABJ-03-2021-B13-00231**
- 7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : **ABIDJAN YOPOUGON CITE MAMIE ADJOUA ILOT:26, LOT:243 ; 25 BP 1065 ABIDJAN 25**
- 8 DUREE (à compter de son immatriculation au Régistre du commerce et du Crédit Mobilier) : **99 Ans**

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'OBJET SOCIAL ET AUX ETABLISSEMENTS

- 9 ACTIVITÉ(S) EXERCÉE(S) : **La représentation et la promotion de produits pharmaceutiques, para pharmaceutique; et matériels médicaux ; L'importation et la vente en gros et en détail de produits pharmaceutiques, matériel; médical et produits vétérinaires ; Et pour la réalisation de l'objet social ; L'emprunt de toutes sommes et en garantie, l'affectation hypothécaire ou en; nantissement de tout ou partie des biens ; Et, généralement, toutes opérations commerciales, financières, mobilières et immobilières;; industrielles pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'un des objets ci-dessus définis; ainsi qu'à tous objets similaires ou connexes susceptibles d'en faciliter l'application ou le; développement.**
- 10 Date de début : **02/02/2021** Nombre de salariés **0**
- 11 Origine du fonds : ☒ Création ☐ Achat ☐ Apport ☐ Prise en location gérance ☐ Transfert
- 12 ☐ Précédent exploitant ou ☐ Loueur de fonds : Nom & Prénoms / Dénomination
Adresse (ville, Qt., Rue, Tel, E-mail) : N° RCCM :
- 13 ETABLISSEMENT SECONDAIRE / SUCCURSALE (autres que celui ou celle créé(e)) ☒ Non ☐ Oui
Etablissements : Dénomination :
Adresse (ville, Qt., Rue, Tel, E-mail) : RCCM
ACTIVITES :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSOCIES

- 14
- | Nom & prénoms / dénomination | Genre (M/F) ** | Date et lieu de naissance / N° RCCM | Adresse |
|------------------------------|----------------|-------------------------------------|---------|
| | | | |

(*) M: Masculin ; F: Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DIRIGEANTS

- 15
- | Nom & prénoms | Genre (M/F)** | Date et lieu de naissance | Adresse | Qualité |
|------------------------|---------------|---------------------------|----------------------------|-------------------|
| KOUAME AKASSI BLANDINE | F | 14/08/1987 à Yopougon | Yopougon CITE MAMIE ADJOUA | Associé-gérant(e) |

(*) M: Masculin ; F: Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

- 16
- | Cabinet / Nom & Prénoms | N° d'Agrément / Date et lieu de naissance | Adresse | Qualité |
|-------------------------|---|---------|---------|
| | | | |

17 Le SOUSSIGNÉ **ETUDE DE MAITRE KOUAME AYA JOCELYNE ANGE (Mandataire)**

Demande à ce que la présente constitue: ☒ Demande d'immatriculation au R.C.C.M suivant (nature et date de l'acte justificatif)

Fait à ABIDJAN le 10/02/2021

Signature du demandeur

18 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'article 46 de l'AUDCG par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a

☒ Procédé à l'immatriculation le 22/04/2021 sous le numéro **CI-ABJ-03-2021-B13-00231**
et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à ABIDJAN le 22/04/2021

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

Signature

19 En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent, le demandeur atteste que le présent formulaire 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