

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

1	RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : AUTOMACHINES-CI		
2	NOM COMMERCIAL :	SIGLE	ENSEIGNE :
3	FORME JURIDIQUE : SARL		
4	CAPITAL SOCIAL : Chiffre 100 000 F CFA lettre CENT MILLE DONT : 100 000 en numeraire 0 en nature 0 en industrie SEUIL MINIMUM DU CAPITAL SOCIAL : 10 000 F CFA		
5	ADRESSE DU SIEGE : ABIDJAN COCODY ANGRE 9è TRANCHE Lot 901 Ilot 38		
6	N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : CI-ABJ-03-2023-B12-06682		
7	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : ABIDJAN COCODY ANGRE 9è TRANCHE Lot 901 Ilot 38		
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) : Mise à disposition de machines automatiques et services de prestations y compris installation, maintenance, approvisionnement. L'entreprise est autorisée à cet effet à importer ou exporter depuis ou vers l'étranger, acheter, vendre des machines et marchandises pour les besoins de ses activités. Et, plus généralement, toutes opérations industrielles, commerciales, financières, mobilières ou immobilières se rapportant directement ou indirectement à l'objet social ou susceptibles d'en faciliter l'extension ou le développement		
10	Date de début : 21/12/2023	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	<table><tr><th>Nom & prénoms / dénomination</th><th>Genre (M/F) **</th><th>Date et lieu de naissance / N° RCCM</th><th>Adresse</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Nom & prénoms / dénomination	Genre (M/F) **	Date et lieu de naissance / N° RCCM	Adresse				
Nom & prénoms / dénomination	Genre (M/F) **	Date et lieu de naissance / N° RCCM	Adresse									

(*) M: Masculin ; F: Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DIRIGEANTS

15	<table><tr><th>Nom & prénoms</th><th>Genre (M/F)**</th><th>Date et lieu de naissance</th><th>Adresse</th><th>Qualité</th></tr><tr><td>HILI GNINANKAN HABIB</td><td>M</td><td>16/03/1997 à Bondoukou</td><td>N/A</td><td>Co-gérant(e)</td></tr><tr><td>COULIBALY TCHERIGNIMIN AFSHATA</td><td>F</td><td>11/08/1997 à ADJAME</td><td>N/A</td><td>Co-gérant(e)</td></tr></table>					Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité	HILI GNINANKAN HABIB	M	16/03/1997 à Bondoukou	N/A	Co-gérant(e)	COULIBALY TCHERIGNIMIN AFSHATA	F	11/08/1997 à ADJAME	N/A	Co-gérant(e)
Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité																
HILI GNINANKAN HABIB	M	16/03/1997 à Bondoukou	N/A	Co-gérant(e)																
COULIBALY TCHERIGNIMIN AFSHATA	F	11/08/1997 à ADJAME	N/A	Co-gérant(e)																

(*) M: Masculin ; F: Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

16	<table><tr><th>Cabinet / Nom & Prénoms</th><th>N° d'Agrément / Date et lieu de naissance</th><th>Adresse</th><th>Qualité</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Cabinet / Nom & Prénoms	N° d'Agrément / Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité				
Cabinet / Nom & Prénoms	N° d'Agrément / Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité									

17 Le SOUSSIGNÉ **KOUASSI Mimi (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 23/11/2023 13:33

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 **23/11/2023 13:49** sous le numéro **CI-ABJ-03-2023-B12-06682**
et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à ABIDJAN le **23/11/2023 13:49**

(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