



RCCM
2014-M1

CI-ABJ-03-2024-B13-02299

DECLARATION D'IMMATRICULATION DE PERSONNE MORALE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE MORALE

1	RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : CABINET CYBELE SARL		
2	NOM COMMERCIAL :	SIGLE	ENSEIGNE :
3	FORME JURIDIQUE : SARLU		
4	CAPITAL SOCIAL : Chiffre 1 000 000 F CFA	lettre UN MILLION	
	DONT : 1 000 000 en numeraire 0 en nature 0 en industrie		
	SEUIL MINIMUM DU CAPITAL SOCIAL : 10 000 F CFA		
5	ADRESSE DU SIEGE : ABIDJAN MARCORY RESIDENTIEL SUR LE BOULEVARD ACHALME NON LOIN DE LA CLINIQUE AVICEN ; 01 BP 695 ABIDJAN 01		
6	N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : CI-ABJ-03-2024-B13-02299		
7	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : ABIDJAN MARCORY RESIDENTIEL SUR LE BOULEVARD ACHALME NON LOIN DE LA CLINIQUE AVICEN ; 01 BP 695 ABIDJAN 01		
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) : CABINET POUR CONSULTATION MEDICALE Et pour la réalisation de l'objet social : - l'acquisition, la location et la vente de tous biens meubles et immeubles. - l'emprunt de toutes sommes, et en garantie l'affectation hypothécaire ou en nantissement de tous ou partie des bien sociaux. - La prise de participation de la société dans toutes entreprises ou société ivoirienne ou étrangères, créées ou à créer ayant un objet similaire ou connexe. Et généralement, toutes opérations commerciales, industrielles, financières, mobilières et immobilière, pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'objet social et à tous objets similaires ou susceptibles d'en assurer le développement		
10	Date de début : 11/03/2024	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
	IBRAHIM TALEB	M	01/12/1968 à NABATIEH	N/A	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 **Ouédé Doua Clément (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 06/03/2024 09:17

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 **06/03/2024 10:38** sous le numéro **CI-ABJ-03-2024-B13-02299**
et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à ABIDJAN le **06/03/2024 10:38**

(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