



RCCM
2014-M1

CI-ABJ-03-2024-B13-04686

DECLARATION D'IMMATRICULATION DE PERSONNE MORALE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE MORALE

1	RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : LA FERME AGROPASTORALE DE MOUSSOBA
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 numeraire 0 en nature 0 en industrie SEUIL MINIMUM DU CAPITAL SOCIAL : 10 000 F CFA
5	ADRESSE DU SIEGE : ABIDJAN COCODY 2 PLATEAUX VALLONS NON LOIN DU JARDIN
6	N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : CI-ABJ-03-2024-B13-04686
7	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : ABIDJAN COCODY 2 PLATEAUX VALLONS NON LOIN DU JARDIN
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) : ELEVAGE PRODUCTION D'ALIMENTS DE BETAIL AGRICULTURE BOULANGERIE Et pour la réalisation de l'objet social : - l'acquisition, la location et la vente de tout bien meuble et immeuble. - l'emprunt de toute somme auprès de tout établissement financier avec possibilité de donner en garantie tout ou partie des biens sociaux. - la prise en location gérance de tout fonds de commerce. - la prise de participation dans toute société existante ou devant être créée - et généralement, toute opération financière, commerciale, industrielle, mobilière et immobilière, se rapportant directement ou indirectement à l'objet social ou pouvant en faciliter l'extension ou le développement.
10	Date de début : 07/06/2024 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	<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> (*) M: Masculin ; F: Féminin	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						

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>DIBI NIAGNE MARTIN</td><td>M</td><td>01/01/1955 à Sikensi / BECEDI</td><td>N/A</td><td>Gérant(e)</td></tr></table> (*) M: Masculin ; F: Féminin	Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité	DIBI NIAGNE MARTIN	M	01/01/1955 à Sikensi / BECEDI	N/A	Gérant(e)
Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité							
DIBI NIAGNE MARTIN	M	01/01/1955 à Sikensi / BECEDI	N/A	Gérant(e)							

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 **IVOIRE CREATION (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 10/05/2024 12:23

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 10/05/2024 14:01 sous le numéro CI-ABJ-03-2024-B13-04686 et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à ABIDJAN le 10/05/2024 14:01

(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