



CI-ABJ-03-2024-B13-09520

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

|   |                                                                                                                                                                             |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : BOULANGERIE PATISSERIE FRERE GNAHE                                                                                                         |
| 2 | NOM COMMERCIAL : SIGLE : ENSEIGNE :                                                                                                                                         |
| 3 | FORME JURIDIQUE : SARLU                                                                                                                                                     |
| 4 | CAPITAL SOCIAL : Chiffre 1 000 000 F CFA lettre UN MILLION<br>DONT : 1 000 000 en numeraire 0 en nature et 0 en industrie<br>SEUIL MINIMUM DU CAPITAL SOCIAL : 10 000 F CFA |
| 5 | ADRESSE DU SIEGE : ABIDJAN ANYAMA ZONZONKOI EXTENSION VERS L'HOPITAL GENERALE A 100 METRES DE L'ECOLE ITRATOU ; 01 BP 5480 ABIDJAN 01                                       |
| 6 | N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : CI-ABJ-03-2024-B13-09520                                                                                                            |
| 7 | ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : ABIDJAN ANYAMA ZONZONKOI EXTENSION VERS L'HOPITAL GENERALE A 100 METRES DE L'ECOLE ITRATOU ; 01 BP 5480 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) : -BOULANGERIE PATISSERIE GLACE 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 auprès de tous établissements financiers avec possibilité de donner en garantie tout ou partie des biens sociaux. -La prise en location gérance de tous fonds de commerce. -La prise de participation dans toute société existante ou devant être créée, -et généralement, toute opérations financières, commerciales, industrielles, mobilières et immobilière, se rapportant directement ou indirectement à l'objet social ou pouvant en faciliter l'extension ou le développement. |
| 10 | Date de début : 27/09/2024 Nombre de salariés 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11 | Origine du fonds : <input checked="" type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Apport <input type="checkbox"/> Prise en location gérance <input type="checkbox"/> Transfert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 12 | <input type="checkbox"/> Précédent exploitant ou <input type="checkbox"/> Loueur de fonds : Nom & Prénoms / Dénomination<br>Adresse (ville, Qt., Rue, Tel, E-mail) : N° RCCM :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 13 | ETABLISSEMENT SECONDAIRE / SUCCURSALE (autres que celui ou celle créé(e)) <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui<br>Etablissements : Dénomination :<br>Adresse (ville, Qt., Rue, Tel, E-mail) : RCCM<br>ACTIVITES :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSOCIES**

| 14                           | <table><tr><th>Nom &amp; 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><br>(*) 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 &amp; prénoms</th><th>Genre (M/F)**</th><th>Date et lieu de naissance</th><th>Adresse</th><th>Qualité</th></tr><tr><td>DOSSO SANISSI</td><td>M</td><td>05/12/1975 à Mankono / MANKONO</td><td>01 BP 5480 ABIDJAN 01</td><td>Gérant(e)</td></tr></table><br>(*) M: Masculin ; F: Féminin | Nom & prénoms                  | Genre (M/F)**         | Date et lieu de naissance | Adresse | Qualité | DOSSO SANISSI | M | 05/12/1975 à Mankono / MANKONO | 01 BP 5480 ABIDJAN 01 | Gérant(e) |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------|---------|---------------|---|--------------------------------|-----------------------|-----------|
| Nom & prénoms | Genre (M/F)**                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Date et lieu de naissance      | Adresse               | Qualité                   |         |         |               |   |                                |                       |           |
| DOSSO SANISSI | M                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 05/12/1975 à Mankono / MANKONO | 01 BP 5480 ABIDJAN 01 | Gérant(e)                 |         |         |               |   |                                |                       |           |

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES**

| 16                      | <table><tr><th>Cabinet / Nom &amp; 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 **GRAMBOUTE BADJARA (Mandataire)**

Demande à ce que la présente constitue:

☒ Demande d'immatriculation au R.C.C.M suivant (nature et date de l'acte justificatif)

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 **17/09/2024 17:33** sous le numéro **CI-ABJ-03-2024-B13-09520** et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs .....

Fait à **ABIDJAN** le **17/09/2024 17:33**  
(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

Pour toutes vérifications, adressez-vous au greffe - FAX : 22510379 ou sur le site du Tribunal de Commerce -- [www.tribunalcommerceabidjan.org](http://www.tribunalcommerceabidjan.org)

Page 2 sur 2