



CI-ABJ-03-2025-B12-02750

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

- 1 RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : CABINET PREVENT CARE MEDICAL SARL
- 2 NOM COMMERCIAL : SIGLE ENSEIGNE :
- 3 FORME JURIDIQUE : SARL
- 4 CAPITAL SOCIAL : Chiffre 1 000 000 F CFA lettre UN MILLION
DONT : 1 000 000 en numeraire 0 en nature et 0 en industrie
SEUIL MINIMUM DU CAPITAL SOCIAL : 10 000 F CFA
- 5 ADRESSE DU SIEGE : ABIDJAN COCODY ANGRE DJOROBITE BESSIKOI NON LOIN DE LA PHARMACIE SAINT VIATEUR ; BP V11 ABIDJAN
- 6 N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : CI-ABJ-03-2025-B12-02750
- 7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : ABIDJAN COCODY ANGRE DJOROBITE BESSIKOI NON LOIN DE LA PHARMACIE SAINT VIATEUR ; BP V11 ABIDJAN
- 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) : ASSISTANCE MEDICALE D'ENTREPRISE,VISITE MEDICALE REGLEMENTAIRE DES TRAVAILLEURS,MISE A DISPOSITION D'EQUIPES MEDICALES SUR SITE,MISE A DISPOSITION D'AMBULANCES MEDICALISEES SUR SITE;EVACUATION MEDICALE,FOURNITURES D'EQUIPEMENTS MEDICAUX,FORMATIONS SECOURISME,SAUVETEUR SECOURISTE DU TRAVAIL(SST),EQUIPIER DE PREMIERE ET SECONDE INTERVENTION,DERATISATION,DESINSECTISATION,DESINFECTION.
- 10 Date de début : 24/04/2025 Nombre de salariés 5
- 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 |
|--------------------|---------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| ADON MARTIAL JOSEE | F | 17/06/1990 à ABOBO (Côte d'Ivoire) | BP V11 ABIDJAN | 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 **OHOUE GNAMIEN ROSTAND (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 13/06/2025 09:25

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 **13/06/2025 10:51** sous le numéro **CI-ABJ-03-2025-B12-02750**
et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à ABIDJAN le **13/06/2025 10:51**

(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