

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

1 RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : **AUTO JABER FJ**

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 M'BADON ,NON LOIN DU CENTRE DE SANTE MUNICIPAL DE M'BADON,LOT 143 ,ILOT 15 ; 01 BP 883 ABIDJAN 01**

6 N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : **CI-ABJ-03-2025-B12-05563**

7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : **ABIDJAN COCODY M'BADON ,NON LOIN DU CENTRE DE SANTE MUNICIPAL DE M'BADON,LOT 143 ,ILOT 15 ; 01 BP 883 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) : Services de base en peinture automobile ;traveaux de peinture ,ponçage et masticage,Traitement antirouille,changement de couleur ,polissage et lustrage ,pose de vernis protecteur ,Décontamination et nettoyage carrosserie ,Peinture bicolore ou effets spéciaux**

10 Date de début : **15/09/2025** 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
HODROJ FATME	F	11/11/1983 à Adzopé / ADZOPE (Côte d'Ivoire)	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 **FIENI KOBENAN KRA VALERIE (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 **19/11/2025 17:08** sous le numéro **CI-ABJ-03-2025-B12-05563** et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à **ABIDJAN** le **19/11/2025 17:08**
(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.ci

Page 2 sur 2