



CI-ABJ-03-2025-B17-00130

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

1	RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : ORPIA COTE D'IVOIRE		
2	NOM COMMERCIAL :	SIGLE	ENSEIGNE :
3	FORME JURIDIQUE : SASU		
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 DANGA NON LOIN DE L IMMEUBLE GRAND SIECLE LOT 5 ILOT 1 SECTION BS PARCELLE 5 ;		
6	N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : CI-ABJ-03-2025-B17-00130		
7	ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : ABIDJAN COCODY DANGA NON LOIN DE L IMMEUBLE GRAND SIECLE LOT 5 ILOT 1 SECTION BS PARCELLE 5 ;		
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) : - Achat et production d'anacarde, - Transformation industriel d'anacarde, - Vente et distribution locale des produits dérivés et coproduit agricole, - Importation et exportation d'anacarde, produits dérivés, coproduits agricoles, - L'acquisition, la récolte, l'extraction, la production, l'adaptation, la valorisation t la commercialisation de tous produits issus de toutes essences végétales, notamment par des moyens technologiques innovants, - et généralement toutes opérations financières, commerciales, industrielles, mobilières et immobilières pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'objet de la société ou à tous objets similaires		
10	Date de début : 18/11/2025	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	<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>				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									

(*) M: Masculin ; F: Féminin

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>GOLAN MAMANE SAMUEL</td><td>M</td><td>09/07/1986 à FRANCE</td><td>France</td><td>Président(e)</td></tr></table>					Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité	GOLAN MAMANE SAMUEL	M	09/07/1986 à FRANCE	France	Président(e)
Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité											
GOLAN MAMANE SAMUEL	M	09/07/1986 à FRANCE	France	Président(e)											

(*) M: Masculin ; F: Féminin

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 **ETUDE de Maître VERONIQUE WILLIAMS (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 **27/11/2025 10:36** sous le numéro **CI-ABJ-03-2025-B17-00130** et délivré un accusé d'enregistrement.

☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à **ABIDJAN** le **27/11/2025 10:36**
(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