

# M<sub>0</sub>

DECLARATION ☒ DE CONSTITUTION DE PERSONNE MORALE  
ou ☐ D'OUVERTURE D'UN ETABLISSEMENT SECONDAIRE  
ou ☐ D'OUVERTURE d'une SUCCURSALE d'une personne morale ETRANGERE

CI-ABJ-2019-B-16677

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE MORALE

1 DENOMINATION : SOLUTIONS PROVIDER & SERVICES  
NOM COMMERCIAL : ENSEIGNE : SIGLE : SOPROV-SERVICE

2 ADRESSE DU SIEGE : SiegeSocial

3 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : ABIDJAN TREICHVILLE AVENUE 17 21 BP 902 ABIDJAN 21  
FORME JURIDIQUE : SARL Pluri-personnelle N° RCCM DU SIEGE : CI-ABJ-2019-B-16677

4 CAPITAL SOCIAL : 10000000 FCFA DONT NUMERAIRE : 10000000 DONT EN NATURE : 0

5 DUREE : 99 ans

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ACTIVITE ET AUX ETABLISSEMENTS

6 ACTIVITE ACTIVITE PRINCIPALE : (préciser) : LA DISTRIBUTION, L'INTEGRATION, LA FORMATION, L'ACCOMPAGNEMENT, LA MIGRATION,  
7 Date de début : 23/08/2019 Nbre de salariés prévus : 0

8 PRINCIPAL ETABLISSEMENT OU SUCCURSALE

9 Adresse : ABIDJAN TREICHVILLE AVENUE 17 21 BP 902 ABIDJAN 21

10 Origine : ☒ Création ☐ Achat ☐ Apport ☐ Prise en location gérance Autre (préciser) .....

11 Précédent exploitant : Nom : ..... Prénoms : .....

12 Adresse : ..... N° RCCM

13 .....

14 ETABLISSEMENTS SECONDAIRES (autre que celui créé) ☒ Non ☐ Oui (préciser)  
Adresse : -  
Activité : -

## ASSOCIES TENUS INDEFINIMENT ET PERSONNELLEMENT (\*)

15 (\*) La totalité des renseignements relatifs à ces associés doit IMPERATIVEMENT figurer sur le formulaire complémentaire M0 Bis annexe

### RÉSUMÉ DES INFORMATIONS

| NOM ET PRENOMS | DATE ET LIEU NAISS. | ADRESSE |
|----------------|---------------------|---------|
|                |                     |         |
|                |                     |         |
|                |                     |         |

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DIRIGEANTS (\*) (\*\*)

16 (\*) Concerne les Gérants, Administrateurs ou Associés ayant le pouvoir d'engager la personne morale

(\*\*) Les renseignements ne pouvant figurer ci-dessous doivent IMPERATIVEMENT être reportés sur le formulaire complémentaire M0 Bis annexe

| NOM ET PRENOMS             | DATE ET LIEU NAISS. | ADRESSE              | FONCTION |
|----------------------------|---------------------|----------------------|----------|
| N'DRI KOFFI FULGENCE JONAS | 11/10/1975 ADJAME   | 21 BP 902 ABIDJAN 21 | GERANT   |
|                            |                     |                      |          |
|                            |                     |                      |          |

## COMMISSAIRES AUX COMPTES

| NOM ET PRENOMS | DATE LIEU NAISS. | ADRESSE | FONCTION |
|----------------|------------------|---------|----------|
|                |                  |         |          |
|                |                  |         |          |
|                |                  |         |          |

18 Le SOUSSIGNE (préciser si mandataire) .....  
demande à ce que la présente constitue demande DEMANDE D'IMMATRICULATION au RCCM

La conformité de la déclaration avec les pièces justificatives produites en application de l'Acte  
Uniforme sur le Droit commercial général a été vérifiée par le Greffier en Chef soussigné qui a procédé  
à l'inscription le 23/08/2019 sous le NUMERO CI-ABJ-2019-B-16677

Fait, à .....  
le .....  
Signature

CISSE MAMADOU  
Administrateur  
des Greffes et Parquets