

RCCM  
2010 – PE1

## FORMULAIRE D'ACCUSE D'ENREGISTREMENT

1 Je soussigné (greffier ou responsable de l'organe compétent), atteste avoir reçu la demande de :

Immatriculation

2 Concernant (dénomination) : **OUEDRAOGO NOURAH TCHEDO « HYPNOSIS' FAT BY NOOR »**

Numéro d'Immatriculation : **BF-BBD-01-2023-A10-01147**

3 Numéro de déclaration d'activité : **Autres services personnels n.c.a**

Numéro de la formalité au registre d'arrivée : **01147**

Fait à : BOBO DIOULASSO

Le : 27/06/2023

Signature de l'autorité compétente

Greffier en Chef, YOUORBAR  
AUGUSTIN HIEN



*[Handwritten signature]*

DECLARATION DE DEMANDE

- Bureau de Représentation et de liaison
- Etablissement principal
- Etablissement Secondaire
- Filiale
- Succursale

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE

1 NOM et PRENOM : MME OUEDRAOGO NOURAH TCHEDO  
 2 DATE et LIEU DE NAISSANCE : 15/01/1998 à LOME/TGO Nationalité : Burkinabé  
 3 ADRESSE POSTALE : , TEL: 57989693/  
 4 DOMICILE PERSONNEL :  
 VILLE : BOBO-DIOULASSO QUARTIER : SECTEUR 21  
 AUTRES PRECISIONS .....  
 COORDONNEES ELCTRONIQUES (s'il y a lieu) :



5 SITUATION MATRIMONIALE :  Célibataire,  Marié,  Veuf,  Divorce

Conjoint(s)	Nom - Prénoms	Date et lieu de mariage	Requête matrimoniale	Clauses restrictives	Demande en séparation de biens

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

6 NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) : HYPNOSIS' FAT BY NOOR  
 SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :  
 7 ACTIVITE (S) EXERCEE (S) : Autres services personnels n.e.a., Services de téléphonie mobile, esthétique, vente de produits divers (alimentation)  
 8 DATE DE DEBUT : 26/06/2023 N°RCCM (s'il y a lieu): BF-BBD-01-2023-A10-01147  
 9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT (géographique et postale) : / Parcelle 13/ Lot 2501/ Section / SECTEUR 21/ BOBO-DIOULASSO, TEL: 57989693/  
 10 Préciser l'origine  ACHAT  APPORT  CREATION  PRISE EN LOCATION GERAN  
 ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU SUCCURSALE :  
 11 NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :  
 SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :  
 DATE D'OUVERTURE :  
 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT (géographique et postale) :  
 12 ACTIVITE (S) (préciser) :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

13 Exercice d'une précédente activité :  Non,  Oui,  commerciale  autre (préciser)  
 . Période : de (mois et année) ..... à ..... Précédent (s'il y a lieu) : .....  
 . Nature de l'activité : .....  
 . Principal établissement : .....  
 . Etablissements secondaires : ..... RCCM (s'il y a lieu) : .....  
 . ADRESSE DE (géographique et postale) .....

AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE

14 Nom : Prénoms :  
 Date lieu de Naissance : nationalité :  
 Domicile :

15 Le Déclarant (préciser si mandataire ou agent des sûretés) :OUEDRAOGO NOURAH TCHEDO  
 demande à ce que la présente  Etablissement principal  
 constitue :

Fait à BOBO-DIOULASSO le 26/06/2023  
 Signature Promoteur

16 Le Greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le numéro 01147 d'ordre du registre arrivée.  
 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'article 44 de l'Acte Uniforme portant sur le droit commercial général par le Greffier  
 ou le responsable de l'organe compétent qui a :

- immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro BF-BBD-01-2023-A10-01147 et délivré un accusé d'enregistrement ;
- rejeté la demande au(x) motif(s) que :

Intercalaire complétant la ou les rubrique(s) N° .....  OUI  NON (si OUI, nombre de pages intercalaires .....  
 Fait à BOBO-DIOULASSO le 27/06/2023

Signature du Greffier (non, prénom, titre et juridiction) du responsable de l'organe compétent.  
 Greffier en Chef: YOUORBAR AUGUSTIN



17 En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent, le demandeur diliste que le présent formulaire y compris le (s)  
 Intercalaire (s)y relatif (s) (s'il y a lieu) comportant les motifs du rejet de sa demande lui a été remis le ..... et reconnaît que cette  
 remise vaut notification de ce rejet.