

FORMULAIRE LCB/FT AML / CFT FORM

Nom de l'entreprise (veuillez renseigner le nom tel qu'il existe sur le certificat de constitution)
Company name (Please write complete name as per Certificate of Incorporation/Registration)

Cabinet Dentaire El KADAMIA

Date de création / Date of incorporation

2014

Nature de l'activité / Business activity

Cabinet Dentaire

Registre de commerce / Registration Number

Numéro d'identification fiscale / Tax Identification Number

Principaux actionnaires et actionnaires détenant une part supérieure ou égale à 10% du capital
Main shareholders that own 10% or greater of the company

Actionnaire / Shareholder	Pourcentage délégué / Share
Pas d'actionnaire	

Forme juridique / Legal form

Entreprise Individuelle

Adresse / Address

Adresse / Address			
Ville / City/Town	Nouakchott / Nouakchott	Code postal / Postal code	
Région / State	Nouakchott	Pays / Country	Mauritanie
Téléphone / Telephone	22 81 2031	Email / E-mail	abderahmane.12137@gmail.com
Site Internet			

Nom du principal dirigeant de l'entreprise / Name of company's most senior executive:

Dr. Abderrahmane Ismail

Déclaration / Declaration

Nous déclarons que les informations fournies ci-dessus sont certifiées, exactes, complètes et faites en toute bonne foi et nous nous engageons à vous communiquer immédiatement tous changements les affectant.

We hereby declare that the details provided above are complete and accurate to the best of our knowledge and we undertake to inform you of any changes therein, immediately.

Nom / Name

Abderrahmane Ismail

Fonction / Position

Docteur

Date / Date

05/05/2025

Signature / Signature

Dr. Abderrahmane Ismail
Chirurgien Dentiste