|  |
| --- |
| 1. **MEMBRE**
 |
| **Dénomination/Sigle** |  |
| **Pays** |  |
| **Nom/Prénoms****Fonction de la personne ayant renseigné la fiche** |  |
| **Contact (Téléphone/Mail)** |  |

|  |
| --- |
| 1. IDENTIFICATION DU CLIENT
 |
| Raison sociale : |
| Secteur d’activité : |
| Date de création : |
| Capital : |
| RCCM : |
| NINEA (IFU) : |
| Situation Géographique |  |
| Nom du représentant légal | **Prénoms du représentant légal (*comme mentionné sur la pièce*)** |
|  |  |
| Genre |  [ ]  Masculin [ ]  Féminin  |
| Type | [ ]  Passeport [ ]  CNI [ ]  Autres……………………………………… |
| Numéro de la pièce d’identité |  |
| Date et lieu de naissance du représentant légal  |  |
| Tel : Fax :  | **E-mail :**  |

|  |
| --- |
| 1. INFORMATIONS SUR L’ACTIVITÉ DU COMMERCANT
 |
| Quelle est la date d’ouverture du compte du commerçant dans vos livres |  |
| Le commerçant fait-il partie d’une structure à points de vente multiples ? |  |
| A-t-il des comptes dans d’autres banques ? |  |
| Si oui, lesquelles ? |  |
| Dispose-t-il à ce jour de TPE ? |  |
| Si oui avec quelles banques ? |  |
| Disposait-il- de TPE ? |  |
| Si oui quelles étaient les banques de domiciliation ? |  |
| Selon le commerçant, quelles sont les raisons du retrait des TPE ? |  |
| Selon les précédentes banques de domiciliation, quelles sont les raisons du retrait des TPE ? |  |
| Avez-vous visité le ou les points de vente du commerçant ? |  |
| Si oui, à quand remonte votre dernière visite chez ce commerçant ? |  |
| Quelles sont les personnes rencontrées lors de cette visite (noms, prénoms, contact, fonction) |  |
| Faire une description des activités réelles du commerçant (Emplacement du point de vente, liste des biens et services vendus, typologie clientèle, fournisseur, échéancier de règlement, etc.) |  |
| Quel est le chiffre d’affaires mensuel du commerçant ? |  |
| Quel est le chiffre d’affaires mensuel prévu sur le TPE ? |  |
| Le secteur d’activité déclaré par le commerçant est-il conforme à ses activités réelles |  |
| Les activités du client ou de l’un de ses propriétaires font-elles parties de la liste ci-dessous : [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, cochez les activités concernées : [ ]  Production/distribution de tabac [ ]  Vente de diamant et pierres précieuses[ ]  Organisation de jeux de hasards, Casinos, Loterie [ ]  Import/Export de véhicules d’occasion[ ]  Vente d’objet d’art et objets assimilés [ ]  Change manuel[ ]  Production/distribution d’armes ou d’équipements militaires [ ]  Industrie de sexe[ ]  Transfert rapide de fonds [ ]  Chasse ou commerce d’animaux |
| Quelle est la notoriété de ce secteur d’activité dans votre pays (bonne, à risque financier, à durée de vie limitée, etc.) |  |
| Quel est votre degré de confiance vis-à-vis de ce commerçant (Haute, Moyenne, Faible) |  |

|  |
| --- |
| 1. VALIDATION INFORMATION SUR LE COMMERCANT
 |
| Nom et Représentant du Membre | **Signature et Cachet du Membre** | **Date** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. CONTROLE (réservé au GIM-UEMOA)
 |
| Profil LAB [ ]  Normal [ ]  PPE ([ ]  National ou [ ]  Etrangère) [ ]  Client à Haut Risque |
| Avis de conformité | **Date de contrôle** | **Signature** |
|  |  |  |

\*A remonter à la Cellule Conformité si c’est un PPE ou un client à Haut Risque

|  |
| --- |
| 1. VALIDATION DU DIRECTEUR GENERAL (requise si le client est considéré comme PPE ou à Haut risque)
 |
| Avis du DG | **Date** | **Signature** |
|  |  |  |