

Agence de Prévoyance Sociale
de TREICHVILLE
Tel: 27 21 75 48 00



Abidjan, le 18 Juillet 2024

N°: 02/1375/1/APST/2024

Je soussigné (e) Monsieur **KOUAKOU KOUAME PHILIPPE**, Adjoint au Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Mademoiselle: **CISSE MARIAM**
Né(e) le : **15/08/1993**
Adresse: **05 BP 980 ABIDJAN 05**
Téléphone: **2250707718033**
Email: **cissemariam@gmail.com**
N°pièce d'identité: **24AT12127**
Date de validité de la pièce: **08/07/2029**
Employé(e) chez: **CISSE VISION**
Matricule employeur: **317426**
Depuis le: **01/08/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **187051921486**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

L'ADJOINT AU DIRECTEUR

KOUAKOU KOUAME PHILIPPE