

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



Abidjan, le 15 Août 2024

N°: 02/1807/1/APST/2024

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

Monsieur: **OUATTARA KARIM**
Né(e) le : **01/01/1984**
Adresse: **11 BP 964 ABIDJAN 11**
Téléphone: **2250505422668**
Email: **kamsoouattara35@gmail.com**
N°pièce d'identité: **23AP39259**
Date de validité de la pièce: **16/01/2029**
Employé(e) chez: **OUAT KAM-BATI SARL**
Matricule employeur: **300868**
Depuis le: **21/07/2018**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **187051931285**.
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