

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



Abidjan, le 12 Septembre 2024

N°: 02/1907/1/APST/2024

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

Monsieur: **KONAN DJANHAN GEOFFROY**

Né(e) le: **31/10/1986**

Adresse: **01 BP 902 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250707634699**

Email: **konangeoffroy65@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI006119744**

Date de validité de la pièce: **31/10/2033**

Employé(e) chez: **SOCIETE IVOIRIENNE DE BETON MANUFACTURE**

Matricule employeur: **136201**

Depuis le: **01/03/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **186011039718**.

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**