

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



Abidjan, le 20 Septembre 2024

N°: 02/1945/1/APST/2024

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

Madame: **DOUMBIA SENIGBE**

Né(e) le: **05/10/1994**

Adresse: **05 BP 596 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250506547405**

Email: **doumbiasenigbe333@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002566581**

Date de validité de la pièce: **04/11/2032**

Employé(e) chez: **ENTREPRISE BAMBA FRERES(MAMADOU BAMBA)**

Matricule employeur: **121488**

Depuis le: **01/04/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **294011946923**.

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