

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



Abidjan, le 27 Septembre 2024

N°: 02/1852/1/APST/2024

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

Mademoiselle: **KONE MARIAM**

Né(e) le: **03/03/1996**

Adresse: **05 BP 596 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250505749209**

Email: **mariamkonee665@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI003094422**

Date de validité de la pièce: **03/02/2032**

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

Matricule employeur: **121488**


Depuis le: **03/12/2018**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **296011859337**.

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**