

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



Abidjan, le 27 Novembre 2024

N°: 02/1986/APST/2024

Je soussigné (e) Madame **ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE ANTOINETTE**,
Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Monsieur: **KOTCHI N'TAKPE ELOGE**

Né(e) le: **28/05/1990**

Adresse: **21 BP 1330 ABIDJAN 21**

Téléphone: **2252721002321**

Email: **coulibalynass@gmail.com**

N°pièce d'identité: **C0084314970**

Date de validité de la pièce: **08/10/2019**

Employé(e) chez: **MEDIAKOM-CI**

Matricule employeur: **291072**

Depuis le: **01/06/2016**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **190011893489**.

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

LE DIRECTEUR D'AGENCE



ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE