

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



Abidjan, le 11 Avril 2024

N°: 02/0185/1/APST/2024

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

Monsieur: **MIKBAL HICHAM**

Né(e) le: **23/04/1986**

Adresse: **15 BP 648 ABIDJAN 15**

Téléphone: **2250584006016**

Email: **mikbalhicham1@gmail.com**

N°pièce d'identité: **BL75411**

Date de validité de la pièce: **26/06/2028**

Employé(e) chez: **SOCIETE IVOIRIENNE DE MANUTENTION  
ET DE TRANSIT**

Matricule employeur: **238 761**

Depuis le: **11/03/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **186061953371**.

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**