

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



Abidjan, le 03 Janvier 2024

N°: 02/2584/1/APST/2024

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

Monsieur: **OUATTARA OUMAR**

Né(e) le: **01/01/1974**

Adresse: **05 BP 596 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250749369732**

Email: **oumarwatt719@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI003286856**

Date de validité de la pièce: **10/03/2032**

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

Matricule employeur: **121488**

Depuis le: **03/01/2017**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **174011756791**.

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**