



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

Abidjan, le 19 Février 2025

N°: 02/1732/1/APST/2025

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

Monsieur: **BAH AMADOU**

Né(e) le: **15/12/1995**

Adresse: **12 BP 737 ABIDJAN 12**

Téléphone: **2250778690019**

Email: **ambah@saepp.com.ci**

N°pièce d'identité: **CI003403022**

Date de validité de la pièce: **15/03/2032**



Employé(e) chez: **SOCIETE AFRICAINE D'ENTREPOSAGE DE PRODUITS PETROLIERS**

Matricule employeur: **209092**

Depuis le: **01/07/2022**

Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **195012246982**.

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