

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



Abidjan, le 30 Mai 2024

N°: 02/0394/1/APST/2024

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

Mademoiselle: **KOUASSI KABLAN VIVIANE**

Né(e) le: **01/01/1994**

Adresse: **05 BP 1296 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2252722634585**

Email: **b.consulting@gmail.com**

N°passeport: **23AL21580**

Date de validité de la pièce: **31/07/2028**

Employé(e) chez: **B.CONSULTING TRADING**

Matricule employeur: **263 476**

Depuis le: **20/12/2017**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **192091374672**.

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