

Agence de Prévoyance Sociale  
de **MARCORY- KOUMASSI**  
Tel: 27 21 75 73 00



Abidjan, le 02 Septembre 2024

N°: 03/2993/1/APSMK/2024

Je soussigné (e) Madame **GRAH NEE KABLAN JOELLE EMMA**, Adjoint au Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de **MARCORY- KOUMASSI** atteste que :

Mademoiselle: **SIDIBE FATIM**

Né(e) le: **20/12/1997**

Adresse: **05 BP 2410 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250767997691**

Email: **fatimsidibe200@gmail.com**

N°Passeport: **24AT42218**

Date de validité de la pièce: **15/08/2029**

Employé(e) chez: **IMEX PHARMA**

Matricule employeur: **200 521**

Depuis le: **31/01/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **297012245256**.

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

L'ADJOINT AU DIRECTEUR



**GRAH NEE KABLAN JOELLE EMMA**