

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



Abidjan, le 28 Octobre 2024

N°: 02/2697/1/APST/2024

Je soussigné (e) Madame **ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE ANTOINETTE**,
Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Madame: **KOFFI AFFOUA FOFIE ABIBA**

Né(e) le: **01/01/1994**

Adresse: **05 BP 1620 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250757296946**

Email: **koffiaffouafofie@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI003531162**

Date de validité de la pièce: **02/04/2032**

Employé(e) chez: **GEMMY TECHNOLOGIES & SERVICES**

Matricule employeur: **231497**

Depuis le: **07/11/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance
Sociale sous le numéro salarié CNPS **294221185273**.

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

LE DIRECTEUR D'AGENCE



ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE