

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



Abidjan, le 26 Décembre 2024

N°: 02/3108/1/APST/2024

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

Monsieur: **ZAH BI BOUA ARSENE**

Né(e) le: **12/01/1983**

Adresse: **12 BP 482 ABIDJAN 12**

Téléphone: **2250708387224**

N°pièce d'identité: **CI000712479**

Date de validité de la pièce: **11/06/2031**

Email: **zaha08387224@gmail.com**

Employé(e) chez: **SOCIETE DE DISTRIBUTION D'EAU DE COTE D'IVOIRE**

Matricule employeur: **001952X**

Depuis le: **21/08/2014**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance
Sociale sous le numéro salarié CNPS **183021248730**.

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