

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



Abidjan, le 17 Juillet 2025

N°: 02/4413/APST/2025

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

Madame: **BAH YEADE MANUELA STEPHANIE**

Né(e) le: **04/06/1990**

Adresse: **05 BP 1496 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250757841148**

E-mail: **stephaniemanuelabah3@gmail.com**

N°pièce d'identité: **23AL15583**

Date de validité de la pièce: **23/07/2028**

Employé(e) chez: **ETS EDM TRANSIT INTER**

Matricule employeur: **268351**

Depuis le: **03/06/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance
Sociale sous le numéro salarié CNPS **290061985704**.

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