



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

Abidjan, le 30 Septembre 2025

N°: 02/1826/1/APST/2025

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

Monsieur: **TIMITE MAHAMA**

Né(e) le: **15/07/1987**

Adresse: **05 BP 596 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250545231414**

N°pièce d'identité: **CI000588934**

Date de validité de la pièce: **14/11/2030**

Email: **timitemahama33@gmail.com**



Employé(e) chez: **ENTREPRISE BAMBA FRERES(MAMADOU BAMBA)**

Matricule employeur: **121488**

Depuis le: **01/04/2016**

Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **187011654871**.

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 ANTOINETTE