

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



Abidjan, le 20 Mai 2025

N°: 02/3029/APST/2025

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

Monsieur: **KONATE MORY**

Né(e) le: **13/10/1996**

Adresse: **05 BP 596 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250504988266**

E-mail: **konatemorymory08@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005141315**

Date de validité de la pièce: **21/11/2032**

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

Matricule employeur: **121488**

Depuis le: **01/12/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le
numéro salarié CNPS **196011983712**.

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