



- Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **CITO LWANWA Clovis**

DEPARTEMENT : **COMPTABILITE**

FONCTION : **Caissier** INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **02/09/2025**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/09/2025**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/09/2025**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

- Maladie/accident

Raison familiale :

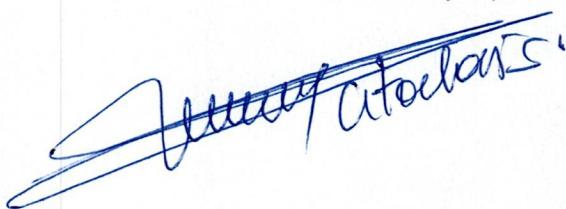
- Mariage de l'employé
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
 Naissance d'un enfant (2jours)
 Mariage d'un enfant (1jour)
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE :01/09/2025

SIGNATURE DE L'EMPLOYE :



POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

ADMIN. AND R.H



Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **CITO LWANWA Clovis** DEPARTEMENT : **Comptabilité**

FONCTION: **Caisier** INTERIM: -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **27/02/2025**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **10/03/2025**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **11/03/2025**

Nombre des jours total : **10 Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 25/02/2025

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

OSEE BAGISHE BUHENDWA
 Admin Sec. And Human Resource Manager

POUR L'ADMINISTRATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PREMIDIS SARL
 RCCM 00/GOM/RCCM/14-B-0203
 B.P. 525 GOMA
 PREMIERE DISTILLERIE



COMMUNE DE KARISIMBI GOMA DR CONGO

NRCCM : CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Company: PREMIDIS SARL

Address: Route Aeroport No 20. Q Bujovo C/Karisimbi Ville de Goma,

Nord-Kivu, Republique Democratique du Congo

NRCCM : CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Date 21 Juin 2024

Loan Application Form

Name of the Employee

CITO LWANWA Cloris

Department & Disignation

CAISSIER

ID No

308

Date Of Joining

2008

Salary Per Month

1200\$

Loan / Advance Amount

(3000\$)

Reason

(Private Family purpose)

Deduction Per Month

300\$

10months

Loan Start And Ending Preiod

Start of the Month

Juillet 2024

End of the Month Loan

Juillet 2025

Remarks

Head Of the Department/ HR Department

Amy citorlans

Old Dues & Remarks by Accounts Department

Amy citorlans

Recommended By

M. A. P.

loan deduction incharge By

M. A. P.

Authorization By

D. Robby

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM **CITO LWANWA CLOVIS** DEPARTEMENT : **COMPTABILITE**

FONCTION : **CAISSIER INTERIM** : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **01/04/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/04/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/04/2024**

Nombre des jours total : **15 Jours** contrôle :Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 29/03/2024

SIGNATURE DE L'EMPLOYE :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager

Mme Osee Buhendwa
29/03/2024

INSTITUT NATIONAL
DE SECURITE SOCIALE
« I.N.S.S. »
SOUS LA GARANTIE DE L'ETAT
Institué par Décret Loi du 29/06/1961



« MODELE II » DEMANDE D'IMMATRICULATION DU TRAVAILLEUR

NOM(1) : CITO

RESERVE A L'INSS

POST-NOM OU PRENOM : LWANWA CLOVIS

SEXE : MASCULAIN

NOM DU PERE : EUSTACHE LWANWA

POST-NOM OU PRENOM DU PERE : LWANWA BASENGEZI

NOM DE LA MERE : CINOCERNA

POST-NOM OU PRENOM DE LA MERE : KUNGWA ELIZA

LIEU DE NAISSANCE : BUKAYU

DATE DE NAISSANCE : LE 19 JUIN 1976

RANG DE NAISSANCE : 2EM

LOCALITE D'ORIGINE : WALUNGU

SECTEUR D'ORIGINE : NGWESHE

TERRITOIRE D'ORIGINE : NGWESHE

DISTRICT D'ORIGINE : KABUTU

PROVINCE D'ORIGINE : SUD-KIYU

NATIONALITE (POUR LES ETRANGERS) : Angola

N° CARTE D'IDENTITE OU PASSEPORT : 10219545660

Date de la délivrance de la carte d'identité : LE 19/10/2011

Lieu de délivrance de la carte nationale d'identité : INSTITUT ZANNER

ETAT CIVIL (2) : Marié, Célibataire, Divorcé, Veuf

NOM DU CONJOINT : IRENE LWAKATARAKA

NOMBRE D'ENFANTS BENEFICIAIRES DES ALLOCATIONS

FAMILIALES : 2

DATE D'EMBAUCHE : LE 01/10/12013

EMPLOI : MACHINISTE

CATEGORIE PROFESSIONNELLE : II, echel 2.

DENOMINATION : 1ere Distillerie

N° D'AFFILIATION DE L'EMPLOYEUR : 106341019760619002Q

ADRESSE DU TRAVAILLEUR : HIMBI AV. DE LA PAIX N°335.

Fait à le

(Signature de l'employeur ou de son représentant)

(1) Nom de jeune fille pour une femme mariée

(2) Marié, Célibataire, Divorcé, Veuf... souligner la mention utile

N° D'IMMATRICULATION

I	II	III	IV	V	VI	VII	LC
---	----	-----	----	---	----	-----	----

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Goma Kiwanja

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **CHITO LWANWA** DEPARTEMENT : CAISSE

FONCTION : **CAISSIER INTERIM: FATUMA JUMAPILI**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **28/12/2020**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **28/12/2020**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **29/12/2020**

Nombre des jours total : **01 jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances**
- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 23/12/2020 SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : 23/12/2020 *[Signature]*

VISA ADMINISTRATION





PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N° 20, QBUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R C C M du siège CD/GOM/RCCM/14-B O203

FONCTION : **COMPTEUR** INTERIM : **ESPERANCE INKAJ**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **17/11/2016**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/11/2016**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/11/2016**

Nombre des jours total : **2Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances
- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)**
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : _____

VISA ADMINISTRATION
Prepared by

VISA DIRECTEUR GENERAL

Goma **Kiwanja**

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **CITO LWANWA** DEPARTEMENT :**ADMINISTRATION**

FONCTION : **COMPTEUR** INTERIM : **ESPERANCE INKAJ**



PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aeroport N 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R C C M du siège CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Goma Kiwanja

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **CITO LWANWA** DEPARTEMENT : **MAMA FATOU MWAJUMA**

FONCTION : **MARKETEUR** INTERIM: **PATRICK MUHINDO**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **15/01/2020**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/01/2020**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **21/01/2020**

Nombre des jours total : **02 Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances
- Maladie/accident

Raison familiale :

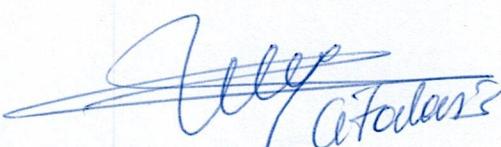
- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)**
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 14/01/2020

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : 

VISA ADMINISTRATION





PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N° 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R. C. C. M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-O203

Goma Kiwanja

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **CITO LWANWA** DEPARTEMENT :**ADMINISTRATION**

FONCTION : **COMPTEUR** INTERIM : **ESPERANCE INKAJ**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **17/11/2016**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/11/2016**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/11/2016**

Nombre des jours total : **2Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances
- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)**
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : _____

VISA ADMINISTRATION
Prepared by

VISA DIRECTEUR GENERAL



PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-O203

Goma Kiwanja

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **CITO LWANWA** DEPARTEMENT :**ADMINISTRATION**

FONCTION : **COMPTEUR** INTERIM : **ESPERANCE INKAJ**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **17/11/2016**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/11/2016**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/11/2016**

Nombre des jours total : **2Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances
- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)**
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : _____

VISA ADMINISTRATION
Prepared by

VISA DIRECTEUR GENERAL



PREMIDIS SARL

C. COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRC CONGO
Route Aéroport N°20, QBUJOVU/C de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R C C M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-0203

AUTORISATION DE TRANSPORT

PREMIDIS STAFF

Noms et Post-Noms : NZIGIRE LWAKATARAKA Irene

Fonction : R.A.S

Goma- Bukavu : le 23/09/2024

Bukavu- Goma : Open

Par la présente, je donne mon accord pour que ce trajet soit effectué.

Fait à Goma le 23 Septembre 2024

Pour la DIRECTION,



Osée BAGISHE BHENDWA
Admin/HRM

Téléphones : Tel : +243 99 39 20 200 , +243 99 76 01 556

Id. Nat. : 5-9-N42250C

E-mail : secretary@premidis.com

Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC

NIF : A 0700453B

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRC CONGO
Route Aéroport N° 20, Q.BUJOVO, Cte de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov du Nord-Kivu en R.D Congo
N.R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-O203

AUTORISATION DE TRANSPORT

PREMIDIS STAFF

Noms et Post-Noms : **CITO LWANWA Clovis
KAHASHA CLAUDIE**

Fonction : R.A.S

Goma- Bukavu : **le 23/08/2024**

Bukavu- Goma : **le 27/08/2024**

Par la présente, je donne mon accord pour que ce trajet soit effectué.

Fait à Goma le 23 Aout 2024

Pour la DIRECTION,



Désiré Atshers

Téléphones : Tel : +243 99 89 20 20 00 , +243 99 76 01 556
Id. Nat. : 5-9-N42250C
E-mail : secretary@premidis.com
Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC

NIF : A 0700453B

PREMIDIS S.A.R.L

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO
Route Autopiste N° 20 OBUIGOU, Cr de KARISIMBI, VILLE de GOMA, PROV. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R.C.C.M du siège: CD/GOM / RCCM-14-B-O203

AUTORISATION DE TRANSPORT

PREMIDIS STAFF

Noms et Post-Noms : **CITO LWANWA Clovis**

Fonction : R.A.S

Goma- Bukavu : le 26/07/2024

Bukavu- Goma : le 28/07/2024

Par la présente, je donne mon accord pour que ce trajet soit effectué.

Fait à Goma le 25 Juillet 2024

Pour la DIRECTION



CITO LWANWA
Osée BAGISHE BAUHENDEWA
Admin/HR/EMPREINTRE, DISTILLERIE

Téléphones : Tel: +243 99249 20 200, +243 99 76 01 556

Id Nat. : 5-9-N42250C

E-mail : secretary@premidis.com

Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujuvu/ Goma/RDC

NIF : A 0700453B



PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, RD CONGO
ROUTE AEROPORT N° 20, Q.BUJOUVU C/ de KARISIMBI, VILLE de GOMA, PROV. du Nord-Kivu en RDCongo
N.R.C.C.M du siège: CCO-GOMA/RCCM/16-B-0203

AUTORISATION DE TRANSPORT

PREMIDIS STAFF

Noms et Post-Noms : **CITO IWANWA Clovis**

Fonction : **R.A.S**
Goma- Bukavu : **le 02/01/2025**
Bukavu- Goma : **Open**

Par la présente, je donne mon accord pour que ce trajet soit effectué.

Fait à Goma le 31 Décembre 2024

Pour la DIRECTION,

Clovis Iwanwa
Osée BAGISHE BUHENDWA
Admin/HRM



Téléphones : Tel : +243 99 39 20 200 , +243 99 76 01 556
Id. Nat. : 5-9-N42250C
E-mail : secretary@premidis.com
Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC

NIF : A 0700453B

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 14/05//2022

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA CLOVIS Fonction : CH. de Caisse

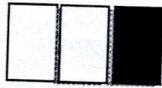
Nom du patient : CITO LWANWA CLOVIS : Age 40 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 28/05/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 14/05/2022

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA CLOVIS Fonction : CH. de Caisse

Nom du patient : CITO LWANWA CLOVIS : Age 40 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 28/05/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITÉ MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

MED015062	FACTURE	GOMA		
MED. INTERNE		30/05/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHITO LWANWA CLOVIS doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD			10,000	

Bon Med.

14/05/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB83727	FACTURE	GOMA 30/05/2022		
MED. INTERNE		PREMDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHITO LWANWA CLOVIS doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CRP quantitative	1	15,00	15,00
2	GE (Goutte Epaisse)	1	3,00	3,00
3	NFS	1	20,00	20,00
4	Rx Lombo sacré face	1	20,00	20,00
5	Rx Lombo sacré profil	1	20,00	20,00
6	TDR PALUDISME	1	0,00	0,00
Grand Total en USD				78,00

Bon Med.

14/05/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 11 GISENYI fonctionnelle

ORD33999	FACTURE	GOMA 30/05/2022		
MED. INTERNE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHITO LWANWA CLOVIS doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Biprofenid	30	0,46	13,65
2	Mucoril Expectorat 100ml	1	1,52	1,52
3	DEXOL 527mg	10	0,16	1,63
4	NERVILLIN NT COMPRIME	10	0,44	4,42
Grand Total en USD				21,22

Bon Med.

14/05/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

CITO Luxembourg Clervs
Ref: 0992187759

Dossier n°

Gossey / 01/02/019

Ajouw

Mr le Secrétaire Administratif.
de la Société Prévoins.

Je vous informe que je suis

malade pour laquelle je ne suis pas
présent au travail.

Franchise Collaboration

CITO Luxembourg Clervs

L. Helle

N.B. Je profite de ma maladie et la fin de
l'hydrothérapie.



ZONE DE SANTE DE GOMA
CSR ND DU MONT CARMEL
Carmélites Missionnaires Thérésiennes
B.P. 50 Goma

- Réception : +243 997 565 019, +243 992 188 246
- Accueil : +243 994 430 644

Médecine Générale

- Dr Faïda KATO : +243 994 801 636, +243 859 191 212
- Dr Esdras KATEMBO : +243 971 349 319, +243 859 534 369
- Dr Guy MIZUMBI : +243 990 470 880, +243 810 684 240

Pédiatre

- Dr Judith ESTHELLE : +243 975 939 014

Gynécologue-Obstétricien

- Dr Rogatien : +243 815 793 670, +243 991 590 351

Nom : Clavis CITO Age : 41 Sexe : M Poids : 79

ORDONNANCE MÉDICALE

R/ Cipro c 500mg Rx 2x Nuit Nopf
 R/ Cefixim 100mg Rx 2x Nuit 3pf
 R/ Acet - 500mg Ibuprof
 500mg ch 1/2 V de l'eau d'eau
 Albendazole 400mg - D.J

R/

Fait à Goma le

RAMENEZ VOTRE ORDONNANCE À LA PROCHAINE CONSULTATION.

[Handwritten signature]

**PHARMACIE
DE L'ESPOIR**
En face de l'Hôpital
Général de Goma
CD / GOM / RCCM: 14-A-00342,
Id. Nat. 5 - 93 N 43190 E
Tél: 0988623123 / 0994339006



GOMA, le 28/12/14

FACTURE

N° 49929

Mr, Mme..... doit :

Qté	Désignation	P. U.	P. T.
1	Cipro c 500	2.81	2.81
1	Cefixim 100	2.41	2.41
1	Acet 500mg	2.8	2.8
1	Albendazole	0.12	0.12



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Ministère de la Santé

Institut National de Recherche Biomédicale

Province du Nord-Kivu

LABORATOIRE MOBILE INRB-Covid

TETES AU SARS-nCoV-2 par Gene Xpert®



Lab. id: COVIDGOM 01294

Province: NORD KIVU

Zone de santé : GOMA

Nom du Malade : CITO LWAMA CLOVIS

Age : 42 ANS

Sexe : MASCULIN

Adresse : C/GOMA, Q/HIMBI

Téléphone : 0992187759

Structure sanitaire : A DOMICILE

Date de prélèvement : 27/07/2020

Date d'analyse : 28/07/2020

Résultats SARS-CoV-2 : NEGATIF Date de sortie Résultats : 28/07/2020

Tests de Contrôle

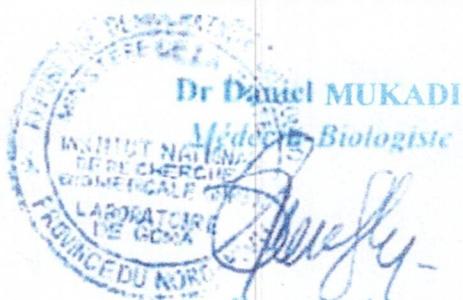
Résultats 2^e prélèvement : Date de sortie résultats :

Résultats 3^e prélèvement : Date de sortie résultats :

Résultats 4^e prélèvement : Date de sortie résultats :

Résultats 5^e prélèvement : Date de sortie résultats :

Fait à Goma le 28 / 07 / 2020



Responsable

CITO LWANWA

le 24/08/2021.

CLOVIS.

AGENT A LA PREMISIS
GOMA.

Objet: Demande de
crédit.

V. urgent
please

A Monsieur le Directeur,
Général de la société
PREMISIS SARL
à Goma.

Monsieur le Directeur,
J'ai l'honneur de solliciter

Votre bienveillance pour la situation ci-haut émargée.

En effet, cela fait plus de 2 ans que j'ai entrepris la construction de ma maison et je me sens essoufflé sur le plan financier. Ainsi, je demande que l'entreprise puisse me venir en aide en me prêtant une somme de Huit mille dollars américains (8 000 \$) que je rembourserai selon votre appréciation. Cette situation m'aiderait à couler la dalle de celle-ci.

Esperant qu'une suite favorable me sera réservée, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général l'assurance de ma parfaite considération.

Votre Agent,
~~MMT~~ Clovis.

DEVIS EN Dollars (\$) POUR LE CHANTIER DU COUPLE CLOVIS & IRENE

TRAVAUX DE COULAGE DE DALLE

N°	MATERIAUX	Q <small>té</small>	P.U	P.T	OBSERV.
01	Tonne de fers à béton de Ø 16	1	630	630	
02	Tonne de fers à béton de Ø 14	2	630	1 260	
03	Rouleau de fil à ligaturer	2	25	50	
04	Planches de coffrage	5	100	500	
05	1 kg de clous de 8 cm x 2	25	2	50	
06	1 kg de clous de 10 cm x 2	25	2	50	
07	Lames de scies	12	2	24	
8	Chevrons	100	2	200	
09	Bâches	8	20	160	
10	Camion benne de graviers	4	100	400	
11	Camion benne de gros sables	4	100	400	
12	Stiques d'arbres	400	2	800	
13	Camion-citerne d'eau	1	100	100	
14	Sacs de ciment	150	11,5	1 725	
15	Transport de matériaux + manœuvre de machine	—	60	60	
Sous total					6 409 \$
16	Main d'œuvre (M.O)	—	2000	2 000 \$	
Total général					8 409 \$

Préparé par :

Ir Marcel MUGARUKA

Etude et approbation :

Couple Irène & Clovis CHITO



PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N° 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord Kivu en R.D.Congo
N.R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Goma, le 09 Août 2021

N° Réf: N° 115/PMD/DRG/2021

Objet : Suspension de vos prestations.

**A Monsieur CITO LWANWA travailleur à PREMIDIS Sarl.
A Goma**

Par la présente, nous avons l'honneur de vous saisir de l'objet dont utilité ci-haut émargée.

En effet, il ressort de votre hiérarchie que vous êtes entrain de divulguer les secrets professionnels alors que cela constitue une faute lourde conformément aux prescrits de notre règlement d'Ordre.

Toutefois, la Direction a pris une mesure de clémence envers vous, notamment une suspension de **6 jour ouvrables**, bien sûr, avec privation de salaire à dater de la réception de la présente tout en espérant que cette sanction vous ramènera à l'ordre.

Recevez nos salutations.

Pour la société PREMIDIS



**BAGISHE BUHENDWA Osée
Admin. Sec & HRM**

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 11/12//2022

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA Clovis Fonction : Caissier

Nom du patient :IRENE NZIGIRE Age : 34ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)



Epoux (se)



Enfant



Date : Le 14/12/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



[Handwritten signature]

PREMIDIS

A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 162/11/2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA CLOVIS Fonction : CAISSIER

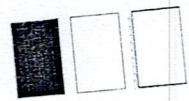
Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date: le 18/11/2020

Approbation de la Direction



Osée BUHENDWA



**PREMIDIS
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 162/11/2020

Nom de l'Employé(e) : CITO L. WANWA CLOVIS Fonction : CAISSIER

Nom du patient : USIEL JOSEPH KAHE SHE LWANWA Age : 10 Mois Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Approbation de la Direction

Date: le 18/11/2020



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PED001542	FACTURE		GOMA 18/11/2020
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, UZIEL KAHEGESHE JOSEPH doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Consultation	1,00	10,00
Grand Total en USD			10,00

Bon Med.

132/11/2020

VOTRE SANTE. NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB07138	FACTURE	GOMA		
PEDIATRIE		18/11/2020		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, UZIEL KAHEGESHE JOSEPH doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CRP qualitative	1	10,00	10,00
2	FL formule leucocitaire	1	3,00	3,00
3	GB globule blanc	1	3,00	3,00
4	GE (Goutte Epesee)	1	3,00	3,00
Grand Total en USD				19,00

Bon Med.

132/11/2020

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD02641	FACTURE		GOMA 19/11/2020
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, UZIEL KAHEGESHE JOSEPH doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Total
1	Efferalgan siro 3%	1	2,34
Grand Total en USD			2,34

Bon Med.

132/11/2020

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PRÉMIDIS
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 161/11/2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA CLOVIS Fonction : CAISSIER

Nom du patient : ELIANA NAWEZA CITO Age : 4 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

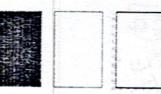
Epoux (se)

Enfant

Date: le 18/11/2020

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PED001548

FACTURE

GOMA

18/11/2020

PEDIATRIE

PREMIDIS S.A.R.L

Mr, Mme, Mlle, ELIANA NAWEZA CITO doit pour ce qui suit :

No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,00	10,00
Grand Total en USD				10,00

Bon Med.

161/11/2020

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 11 GISENYI fonctionnelle

LAB07137	FACTURE	GOMA 18/11/2020		
PEDIATRIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, ELIANA NAWEZA CITO doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CRP qualitative	1	10,00	10,00
2	FL formule leucocitaire	1	3,00	3,00
3	GB globule blanc	1	3,00	3,00
4	GE (Goutte Epesee)	1	3,00	3,00
Grand Total en USD				19,00

Bon Med.

16/11/2020

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD02646	FACTURE		GOMA 19/11/2020	
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, ELIANA NAWEZA CITO doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	PAROL SIROP 250mg	1	3,90	3,90
Grand Total en USD				3,90

Bon Med.

161/11/2020

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 138/10/2020

Nom de l'Employé(e) : CARINE UMUHOZA Fonction : CUISINIERE

Nom du patient : CARINE UMUHOZA Age : 28 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date: le 19/10/2020



Prepared by PREMIDIS SARL * Approved by

BP 525 GOMA

* N° RÉGISTRE N° 148003

PREMIERE DISTILLERIE

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 161/11/2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA CLOVIS Fonction : CAISSIER

Relation avec l'employé(e) : Age : 4 ans Sexe : F

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date: le 18/11/2020

Approbation de la Direction



PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 138/10/2020

Nom de l'Employé(e) : CARINE UMUHOZA Fonction : CUISINIERE
Nom du patient : CARINE UMUHOZA Age : 28 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

[]

[]

[]

Date: le 19/10/2020



Prepared by [Signature]

Approved by [Signature]

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE



B.P. 56 GOMA non fonctionnelle et 11 GOMA fonctionnelle non fonctionnelle et 11 GOMA

MED000525	FACTURE	GOMA 19/10/2020		
MED. INTERNE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CARINE UMUHOZA BITWAIKE doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,00	10,00
Grand Total en USD				10,00

Bon Med.

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 11 GISENYI fonctionnelle

LAB01448	FACTURE		GOMA 19/10/2020
MED. INTERNE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CARINE UMUHOZA BITWAIKE doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	CRP qualitative	1	10,00
2	Malaria GE	1	3,00
3	NFS Numeration formule sanguine --	1	20,00
4	SU(Sediment Urinaire/ECBU)	1	5,00
Grand Total en USD			38,00

Bon Med.

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD00334	FACTURE			GOMA 19/10/2020
MED. INTERNE				PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CARINE UMUHOZA BITWAIKE doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Cipronat 750mg	14	0,35	4,93
2	Ibuprofen 400mg	20	0,03	0,50
3	Almax 225ml	1	5,69	5,69
4	Neurogil 75mg	30	0,52	15,60
5	Ipprosec - 20mg	10	1,46	14,56
Grand Total en USD				41,28
Bon Med.				

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B2. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD0033	FACTURE	GOMA 19/10/2020		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CARINE UMUHOZA BITWAIKE doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	nucléo CMP FORTE 5mg	20	0,32	6,42
2	Miorel gélule 4mg	20	0,49	9,74
3	NOCIGEL SIRO 200ml	1	3,25	3,25
4	RENERVE PLUS com 2581.5mg	20	0,65	13,00
5	Doliprane 1 gr	16	0,24	3,90
6	Ipprosec - 20mg	10	1,46	14,56
Grand Total en USD				50,87

Bon Med.

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 103/07//2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient : GADIEL PHILIPPE CITO Age : 1 an Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

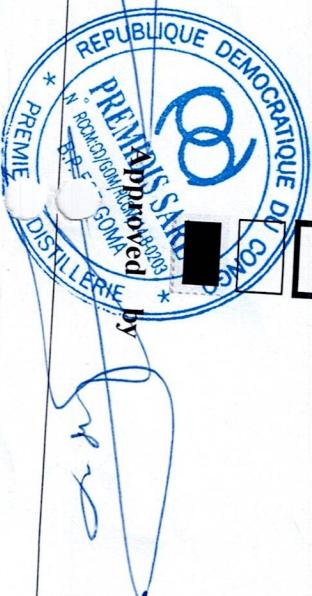
Epoux (se)

Enfant

Date : le 07/08/2020

Prepared by

Approved by



PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 115/08/2020

Nom de l'Employé(e) : CHITO LWANWA Fonction : CASHIER
Nom du patient : CHITO LWANWA Age : 42 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 28/08/2020

Prepared by

Approved by



PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 115/08//2020

Non de l'Employé(e) : CHITO LWANWA Fonction : CASHIER
Nom du patient : CHITO LWANWA Age : 42 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 28/08/2020

Prepared by

Approved by





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SEI935M/20

FACTUREGoma, le 28-8-
2020

Kynesitherapie

PREMIDIS S....

*Mr, Mme.....CHITO.....LWANWA..CLOVIS..... doit pour ce qui
suit :*

No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	Kiné simple	5	50
2	acupuncture	5	25
<i>Nous disons</i>		75

*Bon**Med.115/08/2020*

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SEH224Q/20

FACTUREGoma, le 28-8-
2020Chir.
Orthopédique

PREMIDIS S....

*Mr, Mme.....CHITO.....LWANWA..CLOVIS..... doit pour ce qui
suit :*

No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	Chir. Orthopédique	1	100



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
 B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PHAC97B/20	FACTURE			Goma, le 30/ 08/ 2020
Chir. Orthopédique				PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....CHITO.....LWANWA..CLOVIS..... doit pour ce qui suit :</i>				
No	Libellé	Qté	PU	PT
1	feldene suppo 20g	20	0.7579	15.158
Totaux				15.158

*Bon
Med. 115/08/2020*

Chir. Orthopédique	PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....CHITO.....LWANWA..... doit pour ce qui suit :</i>	
No	LIBELLE
1	Pomade camphree 50g
1	Baume de nerf 50g
1	Pa 12 1gr
1	Nucleo CMP Forte 5mg
1	Miorel gélule 4mg
1	RENERVE PLUS 2581.5mg
TOTAUX	
39.6	

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

Non de l'Employé(e) : CITO CLOVIS Fonction : CH. CAISSE

Non du patient : NZIGIRE LWAKATARAKA IRENE Age : 32 ans Sexe : F
Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 16/07/2020



N° 098/07//2020



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SEI302P/20

FACTURE

Goma, le 28-7-
2020

M.I.

PREMIDIS S....

*Mr, Mme.....IRENE.....LWAKATARAKA..NZIGIRE..... doit
pour ce qui suit :*

No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	Consultation	1	10
<i>Nous disons</i>		10

Bon

Med.098/07/2020

<p style="text-align: center;">REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO PROVINCE DU NORD-KIVU DIOCESE DE GOMA HGR CHARITE MATERNELLE B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle</p>			
PHAX99T/2020 M I.	FACTURE		Goma, le 28-7-2020
			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....IRENE.....LWAKATARAKA..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	Quantite	Prix. Total
1	Doliprane 1gr 1gr	16	4.8
1	Mucoril 100ml	1	1.4
TOTALUX			6.2

Bon Med.: 098/07/2020

Notre préoccupation

Votre santé,

1 sur 1

28/07/2020 à 18:20

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 098/07//2020

Non de l'Employé(e) : CITO CLOVIS Fonction : CH. CAISSE

Non du patient : NZIGIRE LWAKATARAKA IRENE Age : 32 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 16/07/2020



Prepared by

Approved by

PREMIDIS S.A.R.L

BON DES SOINS MEDICAUX

N° 0049/04//2020

Nom de l'Employé(e) : **CITO LWANA** Fonction : **CAISSIER**

Nom du patient : **IRENE LWAKATARAKA NZIGIRE** Age 32 ANS Sexe : F

Relation avec l'employé(e) : -Employé(e)

- Epoux (se)
- Enfant

Date : le 11/04/2020

Approved by



PREMIDIS S.A.R.L

PREMIDIS S.A.R.L
B.P. 525 GOMA
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Téléphone : 081-80-0003

Prepared by

PREMIDIS S.A.R.L

BONNES SOINS MEDICAUX

-Nº 0049/04//2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANA Fonction : CAISSIER

1. MAMANE LWAKA TARAKA NZIGIRE Age 32 ANS Sexe: F

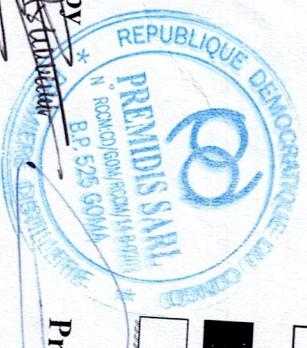
Relation avec l'employé(e) : -Employé(e)

- Epoux (se)
 - Enfant

Date : le 11/04/2020

Approved by

Prepared by



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PHAS84E/2020

Chir.
Orthopédique**FACTURE**Goma, le 21-4-
2020

PREMIDIS S....

Mr, Mme.....IRENE.....LWAKATARAKA..... doit pour ce qui suit :

No	LIBELLE	Quantite	Prix. Total
1	ULTRADOZEM(tramadol/paracetamol) 5/500	20	3.2
1	Decontractyl -- 50mg 50mg	20	1.6
1	Neurogil-75 75mg	20	8.6
1	Nucleo CMP Forte 5mg	20	6.8
1	Pomade camphree 50g	2	1.1
1	Baume de nerf 50g	2	4
TOTALX			25.3

Bon Med.: 0049/04/2020

préoccupation

Votre santé, Notre



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SEE877J/20	FACTURE		Goma, le 20-4-2020
Chir. Orthopédique			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....IRENE.....LWAKATARAKA..NZIGIRE..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	fihe d observation	1	1.5
2	Farde	1	1.5
3	Consultation	1	10
4	Radiographie/cliche face	1	20
5	Radiographie/cliche profile	1	20
<i>Nous disons</i>		53

Bon

Med.0049/04/2020

Votre santé, Notre préoccupation

DIOCESE DE GOMA

HOPITAL GENERAL DE REFERENCE
CHARITE MATERNELLE
SERVICE : *Kinect* *PK*
B.P : 50 GOMA

Goma, le 23/04/2020

Goma, le 23/04/2020

CHARTE MATERNE
SERVICE :.....
B.P : 50 GOMA

PREMISE

30405

FACTURE

N 3040

Mr, Mme. IRENE LWAKATARAKA NZIGIRE dit

Imp. Mont Galathée +243 887 281 151



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SEI643Y/20	FACTURE		Goma, le 28-3-2020
Kynesitherapie			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....ELIANA.....NAWEZA..CITO..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	Kiné simple	15	150
<i>Nous disons</i>		150

Bon

Med.0044/03/2020

Votre santé, Notre préoccupation

CITO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SEX628I/20	FACTURE		Goma, le 20-3-2020
Kynesitherapie			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....ELIANA.....NAWEZA..CITO..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	Manupulation	1	15
Nous disons		15

Bon
Med.0044/03/2020

Votre santé, Notre préoccupation



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SES833W/20	FACTURE		Goma, le 20-3-2020
Chir. Pediatrique			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....ELIANA.....NAWEZA..CITO..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	fihe d observation	1	1.5
2	Farde	1	1.5
3	Consultation	1	10
4	Radiographie/cliche face	1	20
5	Radiographie/cliche profile	1	20
<i>Nous disons</i>		53

Bon

Med.0044/03/2020

Votre santé, Notre préoccupation



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PHAF26M/2020	FACTURE		Goma, le 29-3-2020
Chir. PEDIATRIQUE			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....ELIANA.....NAWEZA..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	Quantite	Prix. Total
1	Efferalgan 3%	1	2.3
1	Pedifen sp 100mg/5ml	1	3.4
TOTALX			5.7

Bon Med.: 0044/03/2020

Notre préoccupation

Votre santé,



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PHAO27I/2020	FACTURE		Goma, le 29-3-2020
Chir. Pediatrique			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....ELIANA.....NAWEZA..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	Quantite	Prix. Total
1	Pomade camphree 50g	2	1.1
1	bande elastique 10cmx4.5m	2	1.8
1	Tetracycline Ophtalmique 1%	1	0.208
1	Cloxacilline/sirop 250mg	1	1.1
TOTALS			4.208

Bon Med.: 0044/03/2020

Notre préoccupation

Votre santé,

PREMIDIS S.A.R.L

BON DES SOINS MEDICAUX

- N° 0044/03//2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA Fonction : CAISSIER

Nom du patient : ELIANA NAWEZA Age 3 ANS Sexe : F

Relation avec l'employé(e) : - Employé(e)

- Epoux (se)

- Enfant

Date : le 17/03/2020

Approved by



Prepared by

PREMIDIS S.A.R.L

BON DES SOINS MEDICAUX

N° 0044/03/2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA Fonction : CAISSIER

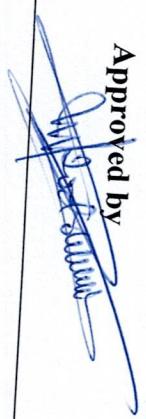
Nom du patient : ELIANA NAWEZA Age 3 ANS Sexe : F

Relation avec l'employé(e) : -Employé(e)

- Epoux (se)
- Enfant

Date : le 17/03/2020

Approved by


Prepared by



PREMIDIS S.A.R.L

BON DES SOINS MEDICAUX

N° 0047/03//2020

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANA Fonction : CAISSIER

Nom du patient : IRENE LWAKATARAKA NZIGIRE Age 32 ANS Sexe : F

Relation avec l'employé(e) : -Employé(e)

- Epoux (se)
- Enfant



Date : le 31/03/2020

Approved by

Prepared by

PREMIDIS
S.A.R.L.

BON DE SOINS MEDICAUX

Nº 10/04//2022

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA Clovis

Fonction : Caissier

Nom du patient : CLOVIS LWAÑWA Clovis

Age : 41 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Epoux (se)

Enfant

10
11

Date : le 08/04/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



PREMDIS S.A.R.L.
N° R.C.C.M. 14 802 001
B.P. 525 GOMA

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

MED013860	FACTURE		GOMA	
MED. INTERNE			09/04/2022	
			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHITO LWANWA CLOVIS doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD			10,000	

Bon Med.

10/04/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



LAB75721	FACTURE		GOMA 09/04/2022
MED. INTERNE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CHITO LWANWA CLOVIS doit pour ce qui suit :</i>			
0.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	CRP quantitative	1	15,00
2	Echographie abdominale, pelvienne	1	20,00
3	NFS	1	20,00
4	SU(Sediment Urinaire/ECBU)	1	5,00
Grand Total en USD			60,00

Bon Med.

10/04/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOcupation

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 11 GISENYI fonctionnelle

ORD30578	FACTURE	GOMA 11/04/2022		
MED. INTERNE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>- Mr, Mme, Mlle, CHITO LWANWA CLOVIS doit pour ce qui suit :</i>				
'o.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Cipronat 750mg	14	0,35	4,91
2	Doxycycline 100mg	20	0,04	0,78
3	DEXOL 527mg	10	0,16	1,63
4	FELOXAM 20mg	15	0,31	4,68
Grand Total en USD				12,00

Bon Med.

10/04/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD30705	FACTURE		GOMA 12/04/2022
MED. INTERNE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CHITO LWANWA CLOVIS doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	sekrol adulte 30mg/ 5ml	1	5,85
2	Doliprane 1 gr	16	0,35
Grand Total en USD			11,47

Bon Med.

10/04/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

Nº 10/04/2022

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA Clovis Fonction : Caissier

Age : 41 ans

Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 08/04/2022

Approbation de la Direction



Osté BUHENDEWA

Zébédée MUNYAMAHORO

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 11/12//2022

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA Clovis Fonction : Caissier

Nom du patient :IRENE NZIGIRE Age : 34ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)
Epoux (se)

Enfant

Date : Le 14/12/2022

Approbation de la Direction

Zébédée MUNYAMAHORO

Osée BUHENDWA





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P.50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

GYN019636

GYNECOLOGIE

FACTURE

GOMA

16/12/2022

PREMIDIS S.A.R.L

Mr, Mme, Mlle, IRENE LWAKATARAKA NZIGIRE doit pour ce qui suit :				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD				10,000

Bon Med.

ok

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCÈSE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENNI fonctionnelle



LAB115061	FACTURE	GOMA 16/12/2022
GYNECOLOGIE		PREMDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, IRENE LWAKATARAKA NZIGIRE doit pour ce qui suit :</i>		
No.	LIBELLE	Qte P.Unit. P.Total
	Echographie Pelvienne	1 20,00 20,00
Grand Total en USD		20,00

Bon Med.

ok

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB115059

GYNECOLOGIE

FACTURE

GOMA

16/12/2022

PREMIDIS S.A.R.L

Mr, Mme, Mlle, IRENE LWAKATARAKA NZIGIRE doit pour ce qui suit :

No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	SU(Sediment Urinaire CBU)	1	5,00	5,00
2	NFS	1	20,00	20,00
3	CRP quantitative	1	15,00	15,00
Grand Total en USD				40,00

Bon Med.

ok

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 13 GISENYI fonctionnelle

ORD110675	FACTURE	GOMA 16/12/2022		
GYNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, IRENE LWAKATARAKA NZIGIRE doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Vivagest com 300mg	120	0,48	57,72
Grand Total en USD				57,72

Bon Med.

ok

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



PREMIDISS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DR CONGO

Route Aéroport N 20, QBUJOU, C/ de KARISIMBI, VILLE de GOMA, PROV. du Nord-KIVU en R.D Congo
N.R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-OZ03

BON DE SOINS MEDICAUX N° 10/03//2023

Nom de l'Employé(e) : CITO LWANWA CLOVIS

Fonction : Caissier

Nom du patient : UZIEL KAHEGESHE

Age : 3 ans

Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)
Epoux (sc)
Enfant

Date : Le 09/03/2023

Approbation de la Direction

Osee BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORE

Tel:+243999995240

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N° 20, Q.BUJOUVL C/ de KARISIMBI Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N.R.C.C.M du siège. CD/GOM/RCCM/14 B-O203

BON DE VOYAGE - 2023

PREMIDIS STAFF

Noms et Post-Noms : **IRENE NZIGIRE**

Fonction : **RAS**

Goma- Bukavu : **le 24/03/2023**

Bukavu- Goma : **OPEN**

Fait à Goma le 24 Mars 2023

Pour la DIRECTION,

Osée BAGISHE BUHENDWA

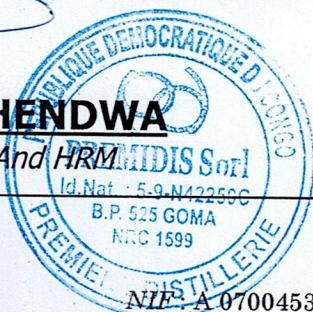
Administrative sec. And HRM

Téléphones : Tel: +243 99 39 20 200 , +243 99 76 01 556

Id. Nat. : 5-9-N42250C

E-mail : secretary@premidis.com

Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC



Afoltan's
09921877579
le 24/03/2023

Goma, le 02 Mai 2023

N° Réf: N° JY.1/PMD/DRG/2023**Objet : suspension de vos prestations****A ... CITO ... Lwanwa Clovis**

Conformément au règlement d'ordre de la société, mais aussi aux prescrits du code de travail à son article 57 alinéa 8 nous avons le regret de constater l'empêchement temporaire de remplir nos tâches en qualité d'Employeur compte tenu de la guerre qui sévit à l'Est (précisément à Rutshuru) notre site d'exploitation et de transformation de nos matières premières.

Aux vues de ce qui précède, la Direction décide de suspendre vos prestations jusqu'au rétablissement de la paix dans cette zone, ce qui permettrait la reprise de ses activités.

Il sied de préciser qu'en cas d'incapacité à supporter cette suspension vous infligée à ce jour, nos bureaux seront ouverts afin de procéder au calcul de votre décompte final dans le strict respect de la loi.

*Pour avis :
CITO Lwanwa Clovis.
Clovis atoclaic.*

Recevez nos salutations considérées.



CONFIRMATION D'INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Noms et Post-Noms : CITO LWANWA CLOVIS
Fonction : CAISSIE
Date d'engagement : 12/01/2006.
Fin contrat : RAS
Salaire mensuel : 1000\$

Fait à Goma le 22 MAI 2023

Signature

Objet : suspension de vos prestations

A

Conformément au règlement d'ordre de la société, mais aussi aux prescrits du code de travail à son article 57 alinéa 8 nous avons le regret de constater l'empêchement temporaire de remplir nos tâches en qualité d'Employeur compte tenu de la guerre qui sévit à l'Est (précisément à Rutshuru) notre site d'exploitation et de transformation de nos matières premières.

Aux vues de ce qui précède, la Direction décide de suspendre vos prestations jusqu'au rétablissement de la paix dans cette zone, ce qui permettrait la reprise de ses activités.

Il sied de préciser qu'en cas d'incapacité à supporter cette suspension vous infligée à ce jour, nos bureaux seront ouverts afin de procéder au calcul de votre décompte final dans le strict respect de la loi.

*Pour avis
CITO LWANWA CLOVIS.
CITO LWANWA CLOVIS.*

Recevez nos salutations considérées.



BAGISHE BUHENDEWA Os mhrée

DRH