HON LINE Decy Livory HOTEL KUTBAT 1248 /BARR 10 10 coms



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
REPUBLIC OF CAMEROON
CARTE NATIONALE D'IDENTITE / NATIONAL IDENTITY CARD

Nº 111683437 Date de delivrance

19/07/2011

Autorise/Autority
Martin MBARGA - NGUELE
Date of expiration
Date of expiration
19/07/2021

IDCMR1116834374<<<<<<<<<<<>SWO2 7909102F2107198<<<<<<<<< ABANGA<PATIENCE<<EMELIETIAKA<< REPUBLIC OF CAMEROON eace-Work-Fatherland

MINISTRY OF DECENTRALISATION AND LOCAL DEVELOPMENT

SOUTH WEST REGION

MEME DIVISION

KONYE COUNCIL



Web: www.konyecouncil.org Email: konyecouncil@gmail.com

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix - Travail -Patrie

MINISTÉRE DE LA DECENTRALISATION ET DU DÉVELOPPEMENT LOCAL

REGION DU SUD-OUEST

DEPARTEMENT DE LA MEME

COMMUNE DE KONYE

OFFICE OF THE LORD MAYOR

REF N ₀	DATE: Sty July 2019
TO THE MANAGER-BANQUE ATLANTIQUE	AVI Confirme

TO THE MANAGER-BANQUE ATLANTIQUE LIMBE BRANCH

SUBJECT: IRREVOCABLE PAYMENT OF SALARY

I the undersigned, Lord Mayor of Konye Council certify that Madam ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA is an employee of this institution since 2014. Following her request, I undertake to transfer to her Account No 94105880007/12 maintained at BANQUE ATLANTIQUE LIMBE BRANCH all payment due her from konye council. I undertake not to make any salary payment to her outside this account.

It is further understood that if Madam ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA leaves the employment of Konye Council for any reason whatsoever, all her benefits will be paid into the above mentioned account.

The present undertaking shall remain valid till such a time that BANQUE ATLANTIQUE Limbe Branch, jointly with Madam ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA decides to revoke it

THE LORD MAYOR

CC:

-File

Latinht of Cameroon Order of Mis ! ord Mayor

REPUBLIC OF CAMEROON Feace-Work-Fatherland

MINISTRY OF DECENTRALISATION AND LOCAL DEVELOPMENT

SOUTH WEST REGION

MEME DIVISION

KONYE COUNCIL



REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix - Travail -Patrie

MINISTÉRE DE LA DECENTRALISATION ET DU DÉVELOPPEMENT LOCAL

REGION DU SUD-OUEST

DEPARTEMENT DE LA MEME

COMMUNE DE KONYE

Web: www.konyecouncil.org Email: konyecouncil@gmail.com

OFFICE OF THE LORD MAYOR

REF N ₀	DATE: 5th July 201	9
REF N_0	DATE	

TO THE MANAGER-BANQUE ATLANTIQUE LIMBE BRANCH

SUBJECT: IRREVOCABLE PAYMENT OF SALARY

I the undersigned, Lord Mayor of Konye Council certify that Madam ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA is an employee of this institution since 2014. Following her request, I undertake to transfer to her Account No 94105880007/12 maintained at BANQUE ATLANTIQUE LIMBE BRANCH all payment due her from konye council. I undertake not to make any salary payment to her outside this account.

It is further understood that if Madam ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA leaves the employment of Konye Council for any reason whatsoever, all her benefits will be paid into the above mentioned account.

The present undertaking shall remain valid till such a time that BANQUE ATLANTIQUE Limbe Branch, jointly with Madam ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA decides to revoke it

CC:

-File

THE LORD MAYOR

linight of Cameroon Order of Meri

Page 24 of 39

REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF DECENTRALISATION AND LOCAL DEVELOPMENT

SOUTH WEST REGION

MEME DIVISION

KONYE COUNCIL



Web: www.konyecouncil.org Email: konyecouncil@gmail.com

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

MINISTÉRE DE LA DECENTRALISATION ET DU DÉVELOPPEMENT LOCAL

REGION DU SUD-OUEST

DEPARTEMENT DE LA MEME

COMMUNE DE KONYE

OFFICE OF THE LORD MAYOR

REF N ₀	DATE: 3th Puly 2019
TCEA TOTTO	

TO WHOM IT MAY CONCERN

ATTESTATION OF EFFECTIVE PRESENCE

Council in Meme Division of the South West Region hereby certify that the employee of Konye Council by name Alanga Patiente is still in active service and is effectively executing his/her duties.

This attestation is issued to serve the purpose for which it is intended.

THE LORD MAYOR

that of Cameroon Order of

SOUTH WEST REGION
MEME DIVISION
KONYE SUB-DIVISION
SUB-DIVISIONAL OFFICE KONYE
REF No: G.39/02/D12/J01/ 30 2018

REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE WORK FATHERLAND

KONYE THE

THE DIVISIONAL OFFICER

TO: WHOM IT MAY CONCERN

SUBJECT: CERTIFICATE OF RESIDENCE

I the undersigned, Divi	sional Officer for Konye Sub Division do hereby certify that
	EMELIENAKA, I. LODA MALLE
Me ABANCIA refrence	EMELIENAKA 10/10/1979 at KAKE
Native of OROILO	holder of National identity Card/Passport N° 111683437
Issued on 18/07/2011 at	by
Is resident at Konty=	Konye Subdivision, Meme Division, South West Region.

IN TESTIMONY WHEREOF THIS CERTIFICATE IS ISSUED TO THE CONCERNED TO SERVE WHEREVER AND WHENEVER NEED ARISES./-



REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland



REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix - Travail -Patrie

MAME OF WORKER: ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA

PAY SLIP

2	MINISTRY OF DECENTRALISATION	MIL	MINISTÉRE DE LA DECENTRALISATION	NAME OF WORKE	NAME OF WORKER: ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA	E EMELIETIAKA	
	AND LOCAL DEVELOPMENT	N. Y.	ET DU DÉVELOPPEMENT LOCALE	DATE OF EMPLOYMEN	MENT:2014		
	SOUTH WEST REGION	10000	REGION DU SUD-OUEST	SERVICE:ADMINSTRAT	TRATION		
	MEME DIVISION	OWN WHICHAUT	DEPARTEMENT DE LA MEME	POSITION:PRIVATE SEC	E SECRETARY/ LEGAL ADVISER	ADVISER	
	KONYE COUNCIL Web: 1	Web: www.komyecouncil.org	COMMUNE DE KONYE				
		Email: konyecouncil@gmail.com		CATEGORY:10/3			
				SALARY FOR THE MON	MONTH OF: FEBRUARY 2019	KY ZU19	
				MODE OF PAYMENT:		ACCOUNT NUMBE	BANK TRANSFER ACCOUNT NUMBER 94105880007/12
						AT BANQUE ATLANTIQUE LIMBE	
	ELEMENTS DE SALABY/ALLOWANCE	OWANCE	BASE	DEDUCTIONS	OTHER INCOME	NET PAY	SIGNATURE OF
01	BASIC SALARY		196 335				BENEFICIARY
02	SENIORITY BONUS				E2 CE2		
03	HOUSING ALLOWANCE				23 033		
04	DUTY ALLOWANCE		25 000				
05	TRANSPORT ALLOWANCE		T5 000				
90	WATER ALLOWANCE						
07	LIGTH/SOLAR ALLOWANCE	m					
80	TELEPHONE ALLOWANCE						
09	REPRESENTATIVE ALLOWANCE	ANCE					
10	RISK ALLOWANCE			37.0			
11	CNPS CONTRIBUTION			0 0 2 4 0			
12	PERSONAL INCOME TAX			904			
13	ADDITIONAL COUNCIL TAX	×		1 063			BUG CAROL
14	HOUSING LOAN FUND TAX (CCF)	X (CCF)		1 250			TE COUNTY
15	LOCAL DEVELOPMENT TAX	×		1 250		- # -	100 30 NA
16	CRTV TAX			1 950		#.20° i n	MEN
17	TRADE UNION DUES			2E 314	71 922		282/953
	TOTAL JUL OF CHIMEROL	2	230 333	AND CICTY TUBES			00/00/00/
NET		AND EIGHTY I WO	PAYABLE TWO HUNDRED AND EIGHTY TWO THOUSAND NINE HUNDRED AND THE THIRLE THE	O AND I II I I I I I I I I I I I I I I I I	11001400		100 X 100 X 100 X

SIGNATURE OF MUNIC

DONE IN KONYE, THE.....

SIGNATURE OF MAYOR

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF DECENTRALISATION AND LOCAL DEVELOPMENT

MEME DIVISION

KONYE COUNCIL

Email: konyecouncil@gmail.com

SOUTH WEST REGION

Web: www.konyecouncil.org

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix — Travail -Patrie

PAY SLIP

REGION DU SUD-OUEST

DEPARTEMENT DE LA MEME

COMMUNE DE KONYE

MINISTÉRE DE LA DECENTRALISATION ET DU DÉVELOPPEMENT LOCALE SERVICE: ADMINSTRATION DATE OF EMPLOYMENT: 2014 NAME OF WORKER: ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA

CATEGORY:10/3

POSITION: PRIVATE SECRETARY/ LEGAL ADVISER

MODE OF PAYMENT: BANK TRANSFER ACCOUNT NUMBER 94105880007/12 SALARY FOR THE MONTH OF: JANUARY 2019

DEDUCTIONS AT BANQUE ATLANTIQUE LIMBE

OTHER INCOME 18 279 NET PAY BENEFICIARY SIGNATURE OF

53 653

07 90 05 04 03 02

14 13 12 11 10 09 80

LOCAL DEVELOPMENT TAX

PERSONAL INCOME TAX

ADDITIONAL COUNCIL TAX

CNPS CONTRIBUTION

8 246

RISK ALLOWANCE

TELEPHONE ALLOWANCE LIGTH/SOLAR ALLOWANCE WATER ALLOWANCE TRANSPORT ALLOWANCE **DUTY ALLOWANCE**

REPRESENTATIVE ALLOWANCE

17 16 15

TOTAL

SIGNATURE OF MUNICIPAL TREASURER

STATE OF A STATE OF A

S/N

ELEMENTS OF SALARY/ALLOWANCE

BASE

196 335

01

BASIC SALARY

SENIORITY BONUS

HOUSING ALLOWANCE

NET PAYABLE: TWO HUNDRED AND EIGHTY TWO THOUSAND NINE HUNDRED AND FIFTY THREE FRANCS TRADE UNION DUESERUBLIC OF HOUSING LOAN FUND TAX (CCF) DONE IN KONYE, THE..... 236 335 25 314 9 038 1963 1950 1 250 1963 904 71 932 282 953

Catte Contractuelle d'Administration

KONYE COUNCIL

SIGNATURE OF MAYO

LUCAMEROUN CENTRALISATION MENT LOCALE LUD-OUEST LUD-OUES	335 335 335 335 335 335 335	dits AVd		NAME OF WORKER: ABANGA PATIENCE EMELIETIAKA	DATE OF EMPLOYMENT:2014	SERVICE:ADMINSTRATION	A DAMEED	POSITION:PRIVATE SECRETARY/ LEGAL AUVISER	CATEGORY:10/3	CALEGORITAL	SALARY FOR THE MONTH OF: MARCH 2019	MODE OF PAYMENT: BANK TRANSFER ACCOUNT NUMBER 94105880007/12	AT BANQUE ATLANTIQUE LIMBE		BENEFICIARY	18 2 7 9	53 653				8 246	180 6	904	The second second	1250	1 950	25 314 71 932 282 953	NINE HUNDRED AND FIFTY THREE FRANCS	777
	FE. WAY. CCE. AX. AX. TAX. CCE. TAX. CCE. OWANCE. OWAN	REPUBLIQUE DU CAMEROUN	Paix – Travail -Patrie					COMMINICOE KONVE	COMIMONE DE NONTE	1			and distance.	BASE	196 335		1	15 000									236 335		







CONTRAT ASSURANCE DES EMPRUNTEURS

☐ PRET AMORTISSABLE DECOUVERT

Encadré du contrat vie

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du souscripteur (ou de l'adhérent) sur certaines dispositions essentielles de la proposition d'assurance (ou du projet de contrat). Il est important que le souscripteur (ou l'adhérent) lise intégralement la proposition d'assurance (ou du projet de contrat). Il est important que le souscripteur (ou l'adhérent) lise intégralement la proposition d'assurance (ou le projet de contrat), et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le contrat (ou le bulletin d'adhésion).

ojet de contrat), et pose toutes les questions qua	ATO COLUMN	100 pt member le	minimization of the second of	Ficinires de prêts
Ce contrat est un contrat d'assurance vie groupe ; Il a pour objet de garantir le souscripteur contre les risques	de Décès et d'	Invalidité Absolue et D	éfinitive atteignant ses clients bene	licialies de proto
Il a pour objet de garantir le souscripteur contre les risques	al assuré :	ée de converture	se d'affet des garanties / Dur	na - Ill old line
Il a pour objet de garantir le souscripteur contre les nageres amortissables ou des découverts par le paiement du capita Le contrat ne comporte pas de garantie en capital au moins Le contrat ne comporte pas se fait dans le délai d'un (01)	s égale aux son	nmes versées, nettes o	de trais ;	
Le contrat ne comporte pas de garantio di delai d'un (01)	mois à compter	r de la réception des p	eces prevues au contract	
Le versement des présidents de la valeur de rachat, ce qui renc Le contrat ne comporte pas de valeur de rachat, ce qui renc Ce contrat ne comporte pas de valeur de celui des charges	d impossible so	n rachat ou sa mise en	anising d'adhein	O - VI alotta
Ce contrat ne comporte pas de valeur de rachat, ce qui ren Le paiement de la prime s'accompagne de celui des charge	es accessoires i	naiquees ci-uessous.	Principle de Cappagnes de de	ay uc wa shribald
Le palement de la prime d'action par et au le partir et au le	AUDISVIL SECOL	The same and the same of	neficialites d'un prét amortissation	
Ise à la BACM	TILLS TO AUG 260	INFOR	MATIONS SUR L'EMPRUNTEUR	Las emprinteurs
STEWNOOD BLOOK INFORMATIONS SUR L'ASSURE	STUDEN S STORY	is sousciption of an	ABANGA PAT	IENCE
LOANIGA PATIENCE	NON	OU RAISON SOCIALE :	LETIA CA sleb trate	reiv - V ainit la
EMELIETIAKA		El lec	a state on a un sacet et se con	L'assureur parani
	AICE ILANG	RESSE:	denomina mendadi ahuma in Elemani.	
HILDE MAISSANCE	700	(narrensvál e	ours. Ladiscustament ublise au lour e	
1116×24-21	Canbo	mulions of FOFA	COMPTE A DEBITER	
ARTE D'IDENTITE N°	Of Son			2 12
ATE ET LIEU DE DELIVRANCE		00040	91410518181010101	12
	HZERZCH	Get Committee of the Co	a periode la Numéro de compte	though the Clé
AFCI I FICE SOCIETY	(alace of	Agence		enune or Tupe of
DRESSE DO STUDIO TO NOTE HERE	OCADI E	CALCUI	DE LA PRIME POUR DECOUVE	RI studi ether tu
CALCUL DE LA PRIME UNIQUE POUR PRET AMORTIS	SSABLE			SG-UV elyhi
	TO I C	APITAL ASSURE (FCFA)		500 A D 400 B
CAPITAL ASSURE (1 0111)	0100	capital emprunté)	de 23 du code Citas	et et renouvelée sal
(Capital emprunté)	Ĺ	a prime d'assurance est	prélevée à la mise en place du découve	elt et lellouvoico on
Durée : mois	fr	ais de dossier.	Prime forfaitaire(FCFA) ou taux de	Date de
La prime d'assurance est obtenue en appliquant le taux de prim	ne unique ci-	Capital (FCFA)	prime	renouvellement
dessous au capital initial du crédit.	s resiant dues a	or lands are to the first of th	Adhésion jusqu'au 30 Juin : 5 000	1 ^{er} Janvier
memberellione of the period of	121 à 180	Jusqu'à 500 000	Adhésion à partir du 01 Juillet :	b us trismaight d
Duree (en mois)	5,29%	aug (OE) emon au a	2 500	Date
Taux de prime 1% 2,00% unique		Au-delà de 500 000	ra eulosda e 0,55% lil ah avu	d'anniversaire
VC. 109 119	meritali è adm	GUEL HOMEOHOR OU	validate Absolue, et Definitive up	
Date de la première échéance	postual graff	Date de l'adhésion	Intende lone lean per verta MUA	
A	ale consultation	Prime nette :		20 uh si vo sénd
Prime nette: 1000000			Mar Must Rive an electrical el con	Aceureur sa resa
tute expertise médicale qui con apprécier l'éta	p) = 5245 Hit H	+ Surprime éventuelle :	contrâler det etat	.1110.0.115
Surprime // VUU				
	Inspests ne	Frais de dossiers (Access	soires): 5 000 FCFA (HI)	
Frais de dossiers (Accessoires) : 5 000 FCFA (HT)		=		maist - XI elath
Prime totale:		Prime totale :	Uloka seugaja	Clasist 1.001122
/ 10 000	Wase of Europ By	Marae 15 eulosos Eliph	ontains epochscient mest mas or	lov spicitize od
100000	DE PROMINION AND	en ser, minau navir	référence et désigne la Banque	e Atlantique col
Le déclarant demande son adhésion à la Contrat de l'Assurance en cas de décès ou d'I	Assurance De	s Emprunteurs en	concurrence des sommes rest	ant dues sur le
Le déclarant demande son adhésion à la Contrat bénéficiaire de l'Assurance en cas de décès ou d'I	Invalidité Abso	olue et Dellillive, a	wollis de la gerantie :	L Qui s J No
considéré.	ration de Bonn	e Santé	OUR TEX , GIRLS TO BE THE TEXT TO BE	Our No
considéré. Déclar 1 Avez-vous eu maladie ayant nécessité un traitement de	ation de Bonn	nce médicale de plus	d'un mois, au cours des 05 derniere	ono line earl
1 Avez-vous eu maladie ayant nécessité un traitement o	ou une surveilla	it exclusives deces si	ou pilote a pord was marest sens	tes de passa jer
années ?	our accident ou	maladie ?	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	I hysada'b pqy

bé	néficiaire de l'Assurance en cas de deces ou d'invaliant	Oui	Non
	Avez-vous eu maladie ayant nécessité un traitement ou une surveillance médicale de plus d'un mois, au cours des 05 dernières	ices, par Lee oui e	1,
1	Avez-vous eu maladie ayant nécessité un traitement ou une suiveillaires montes de la company de la c	saanq ot	800
HOC	années ? Étes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ≥ 20% pour accident ou maladie ? Étes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ≥ 20% pour accident ou maladie ?	misura b	1)
		sh rea	V
3	années ? Étes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ≥ 20% pour accident ou maladie ? Étes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ≥ 20% pour accident ou maladie ? Étes-vous en arrêt de travail ou l'avez-vous été pendant plus 03 semaines au cours des 05 dernières années par suite de Étes-vous en arrêt de travail ou l'avez-vous été pendant plus 03 semaines au cours des 05 dernières années par suite de maladie ou d'accident ? Avez-vous subi au cours des 5 dernières années ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ou des examens médicaux	11 SUT 105	
4	Avez-vous subi au cours des 5 definieres annoes et de dans les six (06) prochains mois dans les six (06) prochains dans les six (06) proch	uences qui	pourraie

Cette déclaration est impérativement validée par la personne à assurer qui reconnaît en avoir pris lecture dans sa totalité. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration intentionnelles sont celles prévues par le code des assurances (Article 18 : nullité du contrat).

J'autorise expressément la compagnie d'assurance à prendre toutes informations qu'elle jugerait utiles et nécessaires auprès des médecins qui J'autorise ces médecins à communiquer à la compagnie d'assurance tous les renseignements demandés.

J'autorise ces medechis a com	10 10 07 A	3kg 20
a Limbe	, le	u et approuvé
Signature de la personne a Exemplaire blanc : Assureur	Exemplaire jaune	sune
Page A	approved Wound	The same

peraire base sangue

Vernant de TKC X Vew march Mechiny Immeuble 13.9 X ICI Immemble Immemble Venant de Entrie Simbock Plan de localisation Ngue be Gowhing Sanvier 677066148-699815114