**ANNEXE 2 AU CCAP**

**Attestation de non-conflit d’intérêt :**

Le présent document est rempli par une personne habilitée à représenter l’entreprise.

**Identité de l’entreprise et personne habilitée à la représenter**

M. / Mme (rayez la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :

Nom et adresse de l’organisme :

Adresse de messagerie électronique :

Coordonnées téléphoniques :

**M’engage** :

en tant que personne morale ainsi que pour les consultants qui seront mis à disposition du marché de **réalisation du contrôle de la qualité des actions de formation financées par la CDC - 20235010** à ne pas être en position de conflit d’intérêt et ce pour toute la durée du marché conformément à l’article 8.1 du CCAP.

Fait à XXXXXX

Signature