**Consultation 24-GEN-02**

**PRESTATIONS DE SERVICES DE NETTOYAGE DES LOCAUX**

**attestation de visite**

**VISITE OBLIGATOIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOT N°** | **INTITULE** | **Cochez le lot concerné par la visite :** |
| **1** | Prestations de nettoyage des locaux du GH Saintes – Saint Jean d’Angély, site de Saintes | 🞏 OUI  🞏 NON |
| **2** | Prestations de nettoyage des locaux du GIP Blanchisserie Interhospitalière de Saintonge | 🞏 OUI  🞏 NON |
| **3** | Prestations de nettoyage des locaux du Centre hospitalier de Boscamnant | 🞏 OUI  🞏 NON |

**Je soussigné M**

**de la Société**

**située au**

**certifie m’être rendu sur le site de l’opération citée en référence le**

**Pour faire valoir et servir ce que de droit.**

**Cachet, Nom Cachet, Nom Signature**

**Signature de l’Entreprise de l’établissement concerné**