 POUVOIR ADJUDICATEUR

Tél. : 02 32 88 82 02

Fax : 02.32.88.87.67

[DTST@chu-rouen.fr](mailto:DTST@chu-rouen.fr)

Cellule Marchés

ATTESTATION DE VISITE

Etablissements GHT

Objet :

**Réparation de matériel électrique médical pour les**

**Etablissements membres du GHT**

**Rouen Cœur de Seine**

**Entreprise……………………………………………………………………………………..**

**Etablissement membre du GHT et adresse ……………………………………………………………………..**

ATTESTE que (Nom et Prénom) ……………………………………………………………………………………………….

Représentant l'entreprise : (Nom)………………………………………………………………………………………….

a effectué la visite facultative, le……………………………………………………………………………………………..

Accompagné d'un représentant de la Direction à préciser

………………………………………………………………………………………………

En vue de remettre une offre concernant l’opération citée en objet

Fait en un seul exemplaire

A Rouen, le………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Signatures**  **Etablissement membre du GHT** | **Pour la Société** |