|  |
| --- |
| **ANNEXE 1 AU REGLEMENT DE LA CONSULTATION** |
| **FICHE DE VISITE** |

**Référence** : **Consultation n°24-TV697BRC *–* « Réaménagement de la pharmacie de l’hôpital BROCA du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP. Centre Université Paris Cité »**

Je soussigné(e) Mlle/Mme/M, ………………………………………..employé(e) du groupe hospitalier, certifie avoir reçu pour une visite conformément aux dispositions mentionnées dans le règlement de consultation :

**Monsieur/Madame………………………………………………………………………….…**

**En qualité de …………………………………………………………………………………....**

**Représentant la société………………………..………………………………………………**

**Tél. : ……………….**

A visité le……………………à……………heures …….

**Lot n° : ……….**

**Sites :**

**Broca**

Signature du représentant de l’Entreprise Signature du délégué de l’hôpital