|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | GHT des Alpes du Sud **CHICAS - Cellule des Marchés**  Tél. : 04.92.40.28.04  Fax : 04.92.40.61.68  E-mail : [cellulemarches@chicas-gap.fr](mailto:cellulemarches@chicas-gap.fr) | C:\Users\mebrochi\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\R379N9RU\logo_GHT_V2_mail.jpg | |  |  |  GHT des Alpes du Sud **CHICAS - Cellule des Marchés**  Tél. : 04.92.40.28.04  Fax : 04.92.40.61.68  E-mail : cellulemarches@chicas-gap.fr |  | logo_CHICAS_condense |  | C:\Users\mebrochi\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\Logo Hopital (1).jpg |  |

SE9 N169

**CERTIFICAT DE VISITE**

**Objet de la consultation N° 043-2024 :** **Travaux d’éclairage public sur le site principal du Centre Hospitalier Buech-Durance (Laragne-Montéglin)**

**Lieu et date de la visite :**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………

Certifie que M. / Mme ………………………………………………………………………………….……

De la société ………………………………………………………………………………………………….

A visité les lieux, le …………/…… .../……………

Conformément au règlement de la consultation, afin de connaître la localisation, l’importance des études et des travaux à réaliser concernant le marché cité en objet.

|  |  |
| --- | --- |
| Société …………………………………………….  Nom : ………………………………………………  Fonction : …………………………………………. | Pour le Centre Hospitalier Buëch-Durance :  Nom : ………………………………………………  Fonction : …………………………………………. |
| Date : ………………………………………………  Signature : | Date : ………………………………………………  Signature : |