

**PROCEDURE RELATIF :**

**Travaux Réaménagement de la salle de décontamination des endoscopes**

**SITE ESTAING**

**AFFAIRE 7 CHUE -16051**

**ATTESTATION DE VISITE OBLIGATOIRE POUR les lots 1-2-3-4-5**

**ATTESTATION DE VISITE facultative POUR le lot 6**

**Nom de la Société …………………………………………………………………..**

**Adresse ……………………………………………………………………………...**

**Téléphone …………………………………………………………………………...**

**Email….…………………………………………………………………………...**

**Nom et Qualité de la (des) personne(s) ayant effectué la visite des lieux :**

**M ………………………………………………………………………………………**

**M ………………………………………………………………………………………**

**Déclare(nt) avoir procédé à la visite des locaux suivants le :**

**Et pris connaissance des contraintes imposées par ceux-ci,**

**A …….………………………………., le ……………………………….**

**A Clermont-Ferrand, le ……………………………….**

**M………………………………….…………………………., représentant du CHU de Clermont-Ferrand**