

**DIRECTION DES APPROVISIONNEMENTS EN PRODUITS DE SANTE DES ARMEES**

**Plateforme Achats Finances Santé**

**Division achats / Bureau équipements biomédicaux et matériels d’exploitation**

**Camp d’Orléans-Chanteau**

**TSA 20003**

**45404 - Fleury les Aubrais Cedex**

Je soussigné (Grade Nom Prénom Fonction) :

………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

représentant le Service de Santé des Armées (SSA) et responsable de la visite du site et des installations de

* 🞎 la Pharmacie Centrale des Armées (PCA) – Lot 1 ;
* 🞎 l’Etablissement Central des Matériels du Service de Santé des Armées (ECMSSA) – Lot 2 ;

atteste que monsieur/ madame ………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………..

représentant la société

………………………………………………………………………………………………………………………………..

s’est présenté et a effectué la visite recommandée concernant la procédure :

**Vérification métrologique et maintenance des moyens de pesage industriels et de précision en service dans les établissements du Service de Santé des Armées.**

**DAF\_2025\_000168**

|  |  |
| --- | --- |
| A………………………………….. | Le ……………………………………. |
| Signatures : | |
| du ou des représentants du SSA | du ou des représentants du soumissionnaire |