**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY**

**DIRECTION DES ACHATS DU GHT HOPITAUX SUD LORRAINE**



**AO\_2025\_021**

**Fourniture de spécialités pharmaceutiques : Allergènes et dispositifs associés**

**REMISE SUR CHIFFRE D’AFFAIRES**

Nom de la société : ………………………………………………………………………………

S’engage à consentir une remise sur chiffre d’affaires

POURCENTAGE CONSENTI : ………………… PALLIER : …………….

POURCENTAGE CONSENTI : ………………… PALLIER : …………….