

ATTESTATION DE VISITE

MARCHÉ PUBLIC DE TRAVAUX

**Pôle de santé de « CHOISEL » à Châteaubriant**

**Travaux de migration**

**du Système de Sécurité Incendie (SSI)**

**Visite obligatoire**

Le soussigné, représentant le Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé, atteste avoir reçu ce jour :

Madame/Monsieur : .................................................................................................................................................

Représentant l’entreprise :

......................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................

à la visite du site prévue ce jour.

À Châteaubriant, le ……………

*Nom et signature du représentant du Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé :*