**Accompagnement des employeurs de la fonction publique territoriale et hospitalière dans leurs démarches de prévention des risques professionnels dans le cadre d’appels à projets du FNP de la CNRACL**

**Attestation de non-conflit d’intérêt :**

Le présent document est rempli par une personne habilitée à représenter l’entreprise.

**Identité de l’entreprise et personne habilitée à la représenter**

M. / Mme (rayez la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :

Nom et adresse de l’organisme :

Adresse de messagerie électronique :

Coordonnées téléphoniques :

**M’engage** :

en tant que personne morale ainsi que pour les consultants qui seront mis à disposition de l’accord-cadre 20255045 à ne pas être en position de conflit d’intérêt, et ce pour toute la durée de l’accord-cadre et des marchés subséquents issus de cet accord-cadre conformément à l’article 8.1 du CCAP .

Fait à XXXXXX

Signature