

**ATTESTATION DE VISITE  
A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A L'OFFRE**

**Nettoyage des Locaux CPAM 11**

Je soussigné  
(nom et qualité du représentant de la CPAM de l'Aude),

atteste par la présente avoir reçu l'entreprise :

Entreprise :

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

Pour la visite obligatoire des locaux prévue par le **marché 2025-012**.

Lieu de visite :

**2 Allée de Bezons – 11000 CARCASSONNE** .....

Date de visite :

Le .....

Cachet et signature du responsable de la CPAM de l'Aude,