

**UNIVERSITE PARIS-SACLAY**

**SERVICE SECURITE PREVENTION DES RISQUES**

**BAT 300**

**91405 – ORSAY CEDEX**

# **B I L L E T D E V I S I T E**

# **LADF - Bâtiment 409 – Campus BOG**

Demande de rendez-vous auprès de :

**LADF**

**Mme FERARY – Tél : 06 15 17 52 63 – Mél : sandra.ferary@universite-paris-saclay.fr**

Je soussignée,…………………………………………………………..certifie que :

Monsieur, Madame…………………………………………………

représentant la Société………………………………………………

a effectué la visite prévue par les documents de la consultation dans le cadre de l’opération suivante : **«Collecte et traitement des déchets d’activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques produits par les laboratoires de recherche et d’enseignement et par les infirmeries des composantes de l’Université Paris-Saclay»**

### A , le A , le

### Le Représentant de l’Administration Le Représentant de la Société