

**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**

# **Site UFR médecine / Kremlin-Bicêtre**

Demande de rendez-vous auprès de :

**Service Prévention des Risques - UFR médecine**

**M. THIOUX Tél : 01 49 59 66 92 ou Mme BERKENOU – Tél : 01 49 59 66 37 -**

**Mél : prevention.medecine@universite-paris-saclay.fr**

Je soussigné(e),…………………………………………………………..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