**PHARMACIE A USAGE INTERIEUR (PUI)**

**BATiment 14**

**MISE AUX NORMES DE LA RADIOPHARMACIE**

**groupement hospitalier est**

**n°310356**

**Nom du candidat :** *à compléter*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| certificats professionnels demandes dans le règlement de la consultation | Maitre d'ouvrage  (nom, coordonnées) | Maitre d’œuvre  (nom, coordonnées) | Description détaillée des prestations réalisées par le candidat et de leur niveau de technicité | | Montant € H.T.  des travaux | | Date des travaux |
| Réalisées en propre | Sous-traitées | Réalisés en propre | Sous-traités |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |