**PHARMACIE A USAGE INTERIEUR (PUI)**

**BATiment 14**

**MISE AUX NORMES DE LA RADIOPHARMACIE**

**groupement hospitalier est**

**n°310356**

**Nom du candidat :** *à compléter*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maitre d'ouvrage**  (nom, coordonnées)  et  **Lieu d'exécution** des travaux | **Maitre d’œuvre** (nom, coordonnées) | **Réhabilitation**  **(oui/non)** | **Site occupé (oui/non)** | **Type de bâtiment(s) concerné(s) :** hospitalier, tertiaire… | **Description détaillée des prestations réalisées par le candidat et leurs contraintes d’exécution pour le lot concerné** | **Montant**  **€ H.T** | **Durée des prestations** | **Date fin des prestations** | **Personne à contacter Et Coordonnées** |
| Ref 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ref 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ref 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |