



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Val-d'Oise

## ATTESTATION DE VISITE

Objet de la consultation :

***Prestations de nettoyage des locaux de la CPAM du Val-d'Oise avec  
fourniture de consommables***

La Société : .....  
.....

Représentée par Mme ou M. : .....

**A procédé à la visite des lieux d'exécution des prestations**

le : .....

Cadre réservé à la CPAM du Val-d'Oise

CPAM du Val d'Oise  
Nom, prénom et signature