# RC - Annexe 3 – MODELE POUVOIR COTRAITANT

Je soussigné(e),

Prénom NOM, agissant en qualité de Titre/Fonction de l’entreprise NOM de l’entreprise cotraitante / SIRET de l’entreprise cotraitante donne pouvoir à

Prénom NOM, agissant en qualité de Titre/Fonction de l’entreprise NOM de l’entreprise mandataire / SIRET de l’entreprise mandataire

pour engager l’entreprise NOM de l’entreprise cotraitante et signer toute pièce relative au marché « CHU BREST - TRANSPORTS SANITAIRES TERRESTRES NON MEDICALISES DE PATIENTS A LA CHARGE FINANCIERE DU CHU DE BREST - TRANSPORTS AU DEPART DE CARHAIX », pour le(s) lot(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cocher** | **Numéro du lot** | **Libellé** |
|  | 1 | Transports sanitaires terrestres non médicalisés de patients à la charge financière du CHU de Brest - transports **ambulances** au départ des sites de Carhaix. |
|  | 2 | Transports sanitaires terrestres non médicalisés de patients à la charge financière du CHU de Brest - **transports assis professionnalisés** au départ des sites de Carhaix. |

Fait à VILLE, le \*\*/\*\*/\*\*\*\*