**ATTESTATION DE VISITE OBLIGATOIRE**

Je soussigné :

………………………………………………………………… responsable/représentant le

Responsable du Centre de Santé / Centre Médical de Commune / Hôpital Préfectoral / Hôpital Régional / Inspection Régionale de la Santé

…………………………….

Déclare que :

……………………………………………………………… (nom, prénom)

……………………………………………………………… (dénomination de la société)

Était présent pour réalisation de la visite obligatoire concernant le marché

*« D’achèvement de travaux de construction d’infrastructures sanitaires dans la région de N’zérékoré ».*

Fait à ……………………………, le / / 2025

Signature :

**Contacts pour les visites de site**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Préfecture** | **Site** | **Contact** | **Téléphone** |
| N’zérékoré | HR N’zérékoré | **Dr. Kaba Keita**  DH N’zérékoré  **Mamadou Diouldé Barry**  Resp. laboratoire  **Koliwon Dramou**  Resp. maintenance  **Fahindo Tolno**  Resp. adjoint maintenance | 612 284 844  628 787 231  620 163 555  620 046 971 |
| IRS N’zérékoré | **Koliwon Dramou**  Resp. maintenance  **Fahindo Tolno**  Resp. adjoint maintenance | 620 163 555  620 046 971 |
| CSA Koulé | **Dr. Albert Zézé Guilavogui**  Chef de centre  **Koliwon Dramou**  Resp. maintenance | 623 076 873  620 163 555 |
| Yomou | HP Yomou | **Péma Grovogui**  DH Yomou  **Dr. Matthieu Louah**  DPS Yomou | 622 807 858  620 458 287 |
| CSA Diécké | **Marcelline Haba**  Cheffe de centre  **Koliwon Dramou**  Resp. maintenance | 628 067 205  620 163 555 |
| Guéckédou | CMC Ouèndé-Kénéma | **Abou Millimono**  Médecin chef  **Aly Fernand**  Surveillant | 626 387 026  621 759 201 |