

**ATTESTATION DE VISITE
POUR
LE GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE**

Dans le cadre de la consultation citée en référence, je soussignée,; représentant du GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE,

certifie que :

M.,

M.,

Agissant en tant que représentant de la société :

.....

.....

A participé à la visite de site obligatoire pour le lot (cases à cocher) :

☐ Lot 1 MAINTENANCE INSITU

En date du :

afin de soumissionner à la consultation relative au marché public cité ci-dessus.

*Nom et signature du candidat ou de son
représentant*

*Nom et signature
du référent d'établissement*

**ATTESTATION DE VISITE
POUR
LE CHI PAYS DES HAUTES FALAISES**

Dans le cadre de la consultation citée en référence, je soussignée,; représentant du CHI
PAYS DES HAUTES FALAISES,

certifie que :

M.,

M.,

Agissant en tant que représentant de la société :

.....

.....

A participé à la visite de site obligatoire pour le lot (cases à cocher) :

☐ Lot 2 MAINTENANCE TOUS ÉQUIPEMENTS EN RESTAURATION

☐ Lot 6 DEGRAISSAGE ET MAINTENANCE DES HOTTES ; GAINES DE
VENTILATION ET EXTRACTEURS DE CUISINE

En date du :

afin de soumissionner à la consultation relative au marché public cité ci-dessus.

*Nom et signature du candidat ou de son
représentant*

*Nom et signature
du référent d'établissement*

**ATTESTATION DE VISITE
POUR
LE CHI CAUX VALLEE DE SEINE**

Dans le cadre de la consultation citée en référence, je soussignée,; représentant du CHI CAUX VALLEE DE SEINE,

certifie que :

M.,

M.,

Agissant en tant que représentant de la société :

.....

.....

A participé à la visite de site obligatoire pour le lot (cases à cocher) :

☐ Lot 2 MAINTENANCE TOUS ÉQUIPEMENTS EN RESTAURATION

En date du :

afin de soumissionner à la consultation relative au marché public cité ci-dessus.

*Nom et signature du candidat ou de son
représentant*

*Nom et signature
du référent d'établissement*

**ATTESTATION DE VISITE
POUR
LES ESCALES - EHPAD publics du HAVRE**

Dans le cadre de la consultation citée en référence, je soussignée,; représentant de l'établissement LES ESCALES - EHPAD publics du HAVRE,

certifie que :

M.,

M.,

Agissant en tant que représentant de la société :

.....

.....

A participé à la visite de site obligatoire pour le lot (cases à cocher) :

☐ Lot 2 MAINTENANCE TOUS ÉQUIPEMENTS EN RESTAURATION

☐ Lot 6 DEGRAISSAGE ET MAINTENANCE DES HOTTES ; GAINES DE VENTILATION ET EXTRACTEURS DE CUISINE

En date du :

afin de soumissionner à la consultation relative au marché public cité ci-dessus.

*Nom et signature du candidat ou de son
représentant*

*Nom et signature
du référent d'établissement*

**ATTESTATION DE VISITE
POUR
L'EHPAD LA BELLE ETOILE**

Dans le cadre de la consultation citée en référence, je soussignée,; représentant de
l'EHPAD LA BELLE ETOILE,

certifie que :

M.,

M.,

Agissant en tant que représentant de la société :

.....

.....

A participé à la visite de site obligatoire pour le lot (cases à cocher) :

☐ Lot 2 MAINTENANCE TOUS ÉQUIPEMENTS EN RESTAURATION

☐ Lot 6 DEGRAISSAGE ET MAINTENANCE DES HOTTES ; GAINES DE
VENTILATION ET EXTRACTEURS DE CUISINE

En date du :

afin de soumissionner à la consultation relative au marché public cité ci-dessus.

*Nom et signature du candidat ou de son
représentant*

*Nom et signature
du référent d'établissement*

**ATTESTATION DE VISITE
POUR
LE CH SAINT ROMAIN DE COLBOSC**

Dans le cadre de la consultation citée en référence, je soussignée,; représentant du CH SAINT ROMAIN DE COLBOSC,

certifie que :

M.,

M.,

Agissant en tant que représentant de la société :

.....

.....

A participé à la visite de site obligatoire pour le lot (cases à cocher) :

☐ Lot 3 MAINTENANCE TOUS ÉQUIPEMENTS EN RESTAURATION

☐ Lot 6 DEGRAISSAGE ET MAINTENANCE DES HOTTES ; GAINES DE VENTILATION ET EXTRACTEURS DE CUISINE

En date du :

afin de soumissionner à la consultation relative au marché public cité ci-dessus.

*Nom et signature du candidat ou de son
représentant*

*Nom et signature
du référent d'établissement*

**ATTESTATION DE VISITE
POUR
LE CH DE LA RISLE**

Dans le cadre de la consultation citée en référence, je soussignée,; représentant du CH DE LA RISLE,

certifie que :

M.,

M.,

Agissant en tant que représentant de la société :

.....

.....

A participé à la visite de site obligatoire pour le lot (cases à cocher) :

- ☐ Lot 4 MAINTENANCE ÉQUIPEMENTS DU FROID EN RESTAURATION
- ☐ Lot 5 MAINTENANCE DES AUTRES ÉQUIPEMENTS EN RESTAURATION
- ☐ Lot 6 DEGRAISSAGE ET MAINTENANCE DES HOTTES ; GAINES DE VENTILATION ET EXTRACTEURS DE CUISINE

En date du :

afin de soumissionner à la consultation relative au marché public cité ci-dessus.

*Nom et signature du candidat ou de son
représentant*

*Nom et signature
du référent d'établissement*