

**PROCEDURE RELATIF :**

**TRAVAUX AMENAGEMENT PHARMACIE**

**7 HGM-16946**

**Numéro de procédure 25- GHTA-0036**

**ATTESTATION DE VISITE facultative**

**Nom de la Société …………………………………………………………………..**

**Adresse ……………………………………………………………………………...**

**Téléphone …………………………………………………………………………...**

**Email….…………………………………………………………………………...**

**Nom et Qualité de la (des) personne(s) ayant effectué la visite des lieux :**

**M ………………………………………………………………………………………**

**M ………………………………………………………………………………………**

**Déclare(nt) avoir procédé à la visite des locaux suivants le :**

**Et pris connaissance des contraintes imposées par ceux-ci,**

**A …….………………………………., le ……………………………….**

**A Clermont-Ferrand, le ……………………………….**

**M………………………………….…………………………., représentant du CHU de Clermont-Ferrand**