|  |  |
| --- | --- |
| **ENTRE**  **D’une part**  **CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE**  **Direction Travaux Logistiques Biomédical Développement Durable (DTLBDD)**  CS 90 632  97 261 Fort de France cedex  Représenté par**: Monsieur Le Directeur Général** | **ET**  **D’autre part**  **Nom de la société :**  **Adresse :**  **MARCHE :**  **N° DE L’ACCORD CADRE :**  **DURÉE : 2025 à 2029** |

Représenté par**:**

Constations que la prestation a été exécutée conformément :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de Marché :** | **Numéro de devis :** | | |
| **Année du Bon de commande :** | | **ATECK N° :** |  |
| **RIB France : Banque Guichet Numéro de compte Clé**  *(Ne doit pas être différent de celui du marché)* | | | |
| **Description de ce qui a été réceptionné :**  *(Se rapprocher de la nomenclature CHUM)* | **Numéro du Bon de pesée [[1]](#footnote-1) (ENR-DG-AMIANTE-017/V1):**  *(CCAP : 70% après réception et 30% après retour BSDA)* | | |
| **N° Ordre de Travail :** | **Remis RFI[[2]](#footnote-2) complet : OUI □ NON □** | | |
| **UF de la zone :** | **Code projet : Amiante □ ou UF Amiante  3675 □**  *(CCAP : 70% après réception et 30% après retour BSDA)* | | |

**A Fort de France,**

**Le** \_\_ / \_\_ / 20\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour le CHUM** | **Pour (nom entreprise)** |
| (Indiquez le prénom et le nom de celui qui réceptionne) | (Indiquez le prénom et le nom) |

1. Contrôle sur le retour du BSDA [↑](#footnote-ref-1)
2. Rapport de Fin d’Intervention (ENR-DG-AMIANTE-051/V3) [↑](#footnote-ref-2)