|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | GHT des Alpes du Sud **CHICAS - Cellule des Marchés**  Tél. : 04.92.40.28.04  Fax : 04.92.40.61.68  E-mail : [cellulemarches@chicas-gap.fr](mailto:cellulemarches@chicas-gap.fr) | C:\Users\mebrochi\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\R379N9RU\logo_GHT_V2_mail.jpg | |  |  |  GHT des Alpes du Sud **CHICAS - Cellule des Marchés**  Tél. : 04.92.40.28.04  Fax : 04.92.40.61.68  E-mail : cellulemarches@chicas-gap.fr |  | logo_CHICAS_condense |  | C:\Users\mebrochi\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\Logo Hopital (1).jpg |  |

🗁 : SE4 N350

**CERTIFICAT DE VISITE**

**Objet de la consultation N° 020-2025 :** **TRAVAUX DE RENOVATION DE LOCAUX HOSPITALIERS ET CREATION DU DESENFUMAGE DU CHICAS SITE DE SISTERON – Lots 3 et 6**

**Lieu et date de la visite :**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………

Certifie que M. / Mme ………………………………………………………………………………….……

De la société ………………………………………………………………………………………………….

A visité les lieux, le …………/…… .../2025

Conformément au règlement de la consultation, afin de connaître la localisation, l’importance des études et des travaux à réaliser concernant le marché cité en objet.

|  |  |
| --- | --- |
| Société …………………………………………….  Nom : ………………………………………………  Fonction : …………………………………………. | Pour le Centre Hospitalier CHICAS :  Nom : ………………………………………………  Fonction : …………………………………………. |
| Date : ………………………………………………  Signature : | Date : ………………………………………………  Signature : |