

**Attestation de visite obligatoire**

**MISSION DE COORDINATION EN MATIERE DE SECURITE ET DE PROTECTION DE LA SANTE (CSPS)»**

Nom du Candidat : ………………………………………………………………………………………………..

Représentant la société :………………………………………………………………………………………...……

Date : ………………………………………………………………………………………………………………

*NB : Posez vos questions sur* <https://www.marches-publics.gouv.fr>

Signature du candidat Signature ANSM