**Remplacement du groupe froid**

**Centre Hospitalier Paul Ardier Issoire (63)**

**Consultation n° : 25-GHTA-0048**

**ATTESTATION DE VISITE OBLIGATOIRE**

**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, lieux, sites et espaces où se dérouleront les travaux le :**

**…………………………………………**

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

**A Issoire., le ……………………………….**

**A Issoire, le ……………………………….**

**M………………………………….…………………………., représentant du CHU / du Centre Hospitalier paul Ardier Issoire**