**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY**

**DIRECTION DES ACHATS DU GHT HOPITAUX SUD LORRAINE**



**AO\_2025\_224**

**FOURNITURE DE MEDICAMENTS POUR TOMOGRAPHIE A EMISSION DE POSITONS (TEP)**

**REMISE SUR CHIFFRE D’AFFAIRES**

Nom de la société : ………………………………………………………………………………

S’engage à consentir une remise sur chiffre d’affaires

POURCENTAGE CONSENTI : ………………… PALLIER : …………….

POURCENTAGE CONSENTI : ………………… PALLIER : …………….