**MARCHE DE PRESTATIONS DE SERVICES**

**Mise en place d’un dispositif de reconnaissance et d’accompagnement pour les collaborateurs de l’Etablissement public en situation de proche-aidance**

**Attestation de non-conflit d’intérêt :**

Le présent document est rempli par une personne habilitée à représenter l’entreprise.

**Identité de l’entreprise et personne habilitée à la représenter**

M. / Mme (rayez la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :

Nom et adresse de l’organisme :

Adresse de messagerie électronique :

Coordonnées téléphoniques :

**M’engage** :

en tant que personne morale **ainsi que pour toutes les personnes qui seront mise à disposition du marché 20255300** à ne pas être en position de conflit d’intérêt, et ce pour toute la durée du marché conformément à l’article 5.5 du CCAP .

Fait à XXXXXX

Signature