|  |  |
| --- | --- |
| **CHU DE MARTINIQUE**  Hôpital Pierre Zobda Quitman  La Meynard  BP 90632  97261 FORT-DE-FRANCE | **ATTESTATION DE VISITE** |

**ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC SURETE DES SITES DU GHT DE MARTINIQUE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE DE LA VISITE** | 🞏  🞏 |
| **ETABLISSEMENT (S)** | 🞏  🞏 |
| **NOM / PRENOM**  **Signature du candidat** |  |

Je soussigné(e), M…………………………………………….atteste que l’entreprise ……………………………..représentée par M………………………….. a visité tous le (s) site (s)

Le …..

Nom / qualité et signature