|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Groupement de commandesdu GHT des Alpes du Sud **CHICAS - Cellule des Marchés**  Tél. : 04.92.40.28.04  Fax : 04.92.40.61.68  E-mail : [cellulemarches@chicas-gap.fr](mailto:cellulemarches@chicas-gap.fr) | C:\Users\mebrochi\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\R379N9RU\logo_GHT_V2_mail.jpg |  GHT des Alpes du Sud **CHICAS - Cellule des Marchés**  Tél. : 04.92.40.28.04  Fax : 04.92.40.61.68  E-mail : cellulemarches@chicas-gap.fr |  | logo_CHICAS_condense |  | C:\Users\mebrochi\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\Logo Hopital (1).jpg |  |

 : SE9 N106

**EXTERNALISATION DES PRESTATIONS DE NETTOYAGE DE DIFFERENTES STRUCTURES DU CENTRE HOSPITALIER BUECH-DURANCE (CHBD) DANS LE CADRE DU GROUPEMENT DE COMMANDES DU GHT DES ALPES DU SUD – EELSV26**

**CERTIFICAT DE VISITE**

***Document à joindre à l’offre***

***Entreprise Candidate :***

***……………………………………………………………………………………………………………***

***……………………………………………………………………………………………………………***

***……………………………………………………………………………………………………………***

***Certifie avoir effectué la visite des sites du Centre Hospitalier Buëch-Durance,***

***(Rayer la mention inutile)***

* Lot N° 1 : Nettoyage et entretien des surfaces vitrées des structures du Centre Hospitalier Buëch-Durance sur la commune de LARAGNE MONTEGLIN
* Lot N° 2 : Nettoyage et entretien des surfaces vitrées des structures du Centre Hospitalier Buëch-Durance sur la commune de GAP “CSM” et “CORTO”
* Lot N° 4 : Nettoyage et entretien des locaux et des surfaces vitrées du CMP du Centre Hospitalier Buëch-Durance « Le Petit Nice » sur la commune d'EMBRUN
* Lot N° 5 : Nettoyage et entretien des locaux et des surfaces vitrées des structures du Centre Hospitalier Buëch-Durance « Le Préambulle » et « le Funambulle » sur la commune de BRIANCON.
* Lot N° 6 : Nettoyage et entretien des locaux et des surfaces vitrées de la structure du Centre Hospitalier Buëch-Durance « Ladoucette » et “EMPP/CAC” sur la commune de GAP (CHBD).

***Certifie avoir effectué tous les relevés sur place et avoir pris connaissance de tous les éléments permettant d’apprécier les difficultés et les détails afin d’intégrer dans l’offre toutes les sujétions nécessaires à la parfaite exécution des prestations.***

***Date de la visite :………./……../……..***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Centre Hospitalier ………………………***  ***tampon de l’établissement***  ***Nom et signature du représentant accompagnateur :*** | ***Entreprise Candidate***  ***Nom et signature du visiteur :*** |