

CERTIFICAT DE VISITE

Demande de rendez-vous auprès de :

Composante :
Faculté de Médecine Paris-Saclay
63 rue Gabriel Péri 94276 Le Kremlin Bicêtre

Monsieur Rémi FLOQUET
Tel.: 06.59.08.42.39
Mail: remi.floquet@universite-paris-saclay.fr

Je soussigné,.....certifie que :

Monsieur, Madame.....

Représentant la Société.....

A effectué la visite prévue par les documents de la consultation dans le cadre de la
procédure suivante :

MARCHE
**MAINTENANCE DES GROUPES ELECTROGENES
EN SERVICE A LA FACULTE DE MEDECINE PARIS-SACLAY**

A , le

Le Représentant de l'Université

Le Représentant de la Société