MARCHE PUBLIC DE SERVICES

**ENTRETIEN DES ESPACES VERTS**

**CERTIFICAT DE VISITE**

**(Document à transmettre par le candidat dans son offre)**

**OBLIGATOIRE**

**SOUMISSIONNAIRE :** …………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lot** | **Structure visitée (+ commune)**  (1 structure par ligne) | **Date de visite** | **Identité et fonction**  **du représentant de l'établissement de santé**  **(mentionné au CCTP)** | **Signature du représentant de l'établissement de santé** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nom et Prénom du représentant du soumissionnaire : ……………………………………………………………..

Signature et cachet du soumissionnaire :