**CENTRE HOSPITALIER xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**

**ATTESTATION DE VISITE**

SITE(S) VISITE(S) :……………………………………………………………………………………………….

⮱ **Objet de la consultation** : **GC AOO Fluides médicaux**

Je soussigné M ou Mme…………………………………………….., représentant la société ………………………………………………….

atteste de sa parfaite connaissance du ou des sites concernés par la consultation.

Je soussigné M. ou Mme ……………………………………………………………, représentant le CH ……….

atteste que la société ……………………………………………………… a visité le ou les sites concernés

par la consultation.

OBSERVATIONS :

Attestation faite pour servir et valoir ce que de droit.

Nom de la société Pour le CH……………

Qualité du représentant Qualité du représentant

Date Date

Signature Signature