

**Annexe n° 3**

**FICHE DE VISITE**

|  |  |
| --- | --- |
| Référence de la consultation | 26-064 |
| Objet de la consultation | Remplacement du système SSI du Musée des Moulages situé à l’Hôpital Saint Louis du GH NORD. |
| Date limite de dépôt des offres | 06/04/2026 |

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale du candidat  SIRET |  |
| Adresse |  |
| Nom et prénom |  |
| Adresse électronique |  |
| Numéro de télécopie |  |

Nous, [Nom du candidat], souhaitons effectuer la visite du site conformément aux dispositions mentionnées dans le RC.

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

Cachet de la société :

*A renseigner par le candidat à l’issue de la visite*

❑ la visite a été effectuée le \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

❑ la visite a été effectuée du \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature et fonction du représentant de l’AP-HP : Signature :

Fonction :