

**PROCEDURE RELATIF :**

**MARCHE DE TRAVAUX D’EXTENSION DES SOINS CRITIQUES PEDIATRIQUES PHASE 1 - SITE ESTAING**

**AFFAIRE – 7-CHUE -16251**

**PROCEDURE 25-GHTA-0106**

**ATTESTATION DE VISITE obligatoire**

**Nom de la Société …………………………………………………………………..**

**Adresse ……………………………………………………………………………...**

**Téléphone …………………………………………………………………………...**

**Email….…………………………………………………………………………...**

**Nom et Qualité de la (des) personne(s) ayant effectué la visite des lieux :**

**M ………………………………………………………………………………………**

**M ………………………………………………………………………………………**

**Déclare(nt) avoir procédé à la visite des locaux suivants le :**

**Et pris connaissance des contraintes imposées par ceux-ci,**

**A …….………………………………., le ……………………………….**

**A Clermont-Ferrand, le ……………………………….**

**M………………………………….…………………………., représentant du CHU de Clermont-Ferrand**