MINISTÈRE
DE LA JUSTICE
Liberté
Égalité
Fraternité

COUR D'APPEL DE NANCY

ATTESTATION DE SERVICE FAIT

(à utiliser par le titulaire du marché à chaque transport et à joindre impérativement au mémoire de frais de justice de Chorus Pro pour le paiement)

Marché public régional de prestations de transport de corps à visage découvert dans le cadre d'examens médicaux requis par les autorités judiciaires du ressort de la Cour d'Appel de NANCY

Identité de la personne défunte

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Indications sur la mission de transport

(pour compléter cette partie, reporter les termes de la réquisition et cocher les cases concernées) :

LIEU DE DECOUVERTE DU CORPS (adresse) :

Décès sur la voie publique ou sur le domaine ferroviaire (Application du délai d'urgence) : □ oui □ non

Obstacle médico-légal levé avant la prise en charge du corps par le titulaire du marché : □ oui □ non

DATE DE DECOUVERTE DU CORPS :

DESTINATION POUR LE TRANSPORT DU CORPS :

□ TRAJET ALLER : du lieu de découverte du corps vers :

(cocher la case correspondante et compléter l'adresse)

□ IML de : Adresse :
□ Hôpital de : Adresse :
□ Chambre funéraire : Adresse :

Soit, en nombre de KM :

□ TRAJET RETOUR : de l'IML, hôpital, chambre funéraire vers :

cocher la case correspondante et compléter l'adresse pour « autre lieu »)

□ adresse du lieu de découverte du corps (voir ci-dessus)
□ autre lieu / Adresse :

Soit, en nombre de KM :

Chronologie de la prestation

	Heure à indiquer dans les cases ci-dessous	Cachet et signature de l'OPJ ou de l'établissement médical, chambre funéraire	
Concernant le trajet ALLER du titulaire du marché public			
Heure d'appel du prestataire par l'OPJ		OPJ	
Heure d'arrivée du prestataire sur lieu de découverte du corps			
Heure de prise en charge du corps par le prestataire			
Heure de départ du prestataire du lieu de découverte du corps			
Heure d'arrivée du prestataire avec le corps à l'établissement médical *(à l'IML / hôpital / chambre funéraire)*		Etablissement d'arrivée du corps	
RETOUR du corps			
Heure de sortie du corps de l'établissement médical (IML/ hôpital/ chambre funéraire)		Établissement de sortie du corps	
Heure d'arrivée du corps (lieu de découverte/ autre lieu)		Établissement d'accueil du corps	

Le titulaire du marché public indiquera le nom du/des chauffeur(s), porteur(s) présents :
(compléter et faire signer chaque personne ci-dessous)

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

Officier de police judiciaire ou personne sur place *(l'OPJ ou la personne indique son nom, sa qualité et signe) :*

NOM : **Qualité/Service :** **Signature :**

Observations de l'OPJ ou de la personne sur place *(en cas d'incident dans la réalisation de la prestation de transport du corps, l'OPJ ou la personne sur place apporte des précisions ci-dessous) :*

Observations du titulaire du marché public

Nom, signature et cachet du titulaire du marché public