|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONNAIRE DEMANDE D’AUTORISATION DE TRAVAUX - MSP** | |
| ***Partie A: Veuillez ne pas compléter cette partie A si votre demande est introduite via le portail électronique Irisbox*** | |
| **Nom de l’institution:** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Numéro d’agrément :** |  |
| **Personne de contact :** |  |
| **Email :** |  |
| **Tél :** |  |

**Partie B**

|  |  |
| --- | --- |
| **Site sur lequel les travaux seront réalisés** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de travaux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Brève description des travaux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivation de la nécessité des travaux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estimation du coût des travaux, TVA compris, hors frais généraux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estimation du début et de la fin des travaux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mode de financement des travaux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Les éventuelles modifications par rapport à la programmation** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Veuillez préciser comment les travaux envisagés s’inscrivent dans la dynamique du Réseau hospitalier locorégional dans lequel votre hôpital fait partie (si d'application).** |  |

|  |
| --- |
| **S’il s’agit des travaux avec un impact architectural, veuillez joindre les plans:**   * **De la situation existante et de la situation projetée ;** * **Suffisamment détaillés pour pouvoir vérifier les normes architecturales et l’accessibilité ;** * **Avec l’indication des noms des différents locaux ;** * **accompagné d'un tableau des superficies des fenêtres et des superficies de sol liées par local;** |

**Date et signature du responsable ……………………………………**