



Annexe IV au CC Nr. HR/R1/PO/2018/043
Lot ... – Prestation de Services dans le domaine de la

Déclaration des présences

Mois/Année de réf. :

Nom du prestataire :

Date	Horaire	N° heures	Signature de la personne habilitée par le service médical de Luxembourg
TOTAL heures			

Signature du prestataire de services
