

**ANNEXE 5 AU REGLEMENT DE CONSULTATION**

**FICHE RENSEIGNEMENT FOURNISSEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOCIETE** | | | | | |
| **Raison sociale :** | | | | | |
| Adresse siège social :  PME/PMI : □ OUI □ NON 1 | | | Code Postal : | | |
| Ville : | | |
| Site internet : | | |
| SIRET et SIREN : | | | | | |
| N° TVA intracommunautaire : | | | | | |
| **Nature de l’activité** Fabricant/Exploitant Dépositaire Prestataire Distributeur G-Répartiteur Autre | | | | | |
| Etablissement pharmaceutique OUI NON | | | | | |
| **Dématérialisation**  Marchés Commandes Factures Catalogue GLN : | | | | | |
| **MARCHES** | | | | | |
| **Signataire effectif du marché** | | | | | |
| Nature de l’activité Fabricant/Exploitant Dépositaire Prestataire Distributeur G-Répartiteur Autre | | | | | |
| Raison sociale : | | | E-mail cellule marché : | | |
| Adresse : | | | Téléphone : | | |
| Code postal : | | | Fax : | | |
| Ville : | | | | | |
| **COMMANDES/FACTURATION** | | | | | |
| **Adresse** des commandes (raison sociale si besoin): | | | Code Postal : | | |
| Ville : | | |
| E-mail : | | | Téléphone : | | |
| Raison Sociale du point de commande : | | | | | |
| Commentaires : | | | | | |
| **Conditions** **générales de vente** (pourront être différentes dans le cas de certaines propositions commerciales) | | | | | |
| Minimum de commande franco HT : | | | Frais de port HT : | | |
| Frais de gestion HT : | | | Valeur mini de commande HT : | | |
| **Commande EDI (hospitalis) : □ OUI □NON** | | | | | |
| Fréquence/Heures de relèves des commandes : | | |  | | |
| Heure limite de relève : | | |  | | |
| Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande : | | | | | |
| Adresse mail en EDI : Code robot : | | | | | |
| **Commande Fax** | | | | | |
| Heure limite : | | | Fax : | | |
| Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande : | | | | | |
| **Commande urgente** | | | | | |
| Heure limite pour réception sous 24h : Heure limite pour réception sous 48h : | | | | | |
| Exception livraison certains produits  OUI NON | | | | | |
| Traitement des commandes exceptionnelles WE et jours fériées OUI NON | | | | | |
| Frais HT :  Commande urgente EDI □ OUI □ NON | | | Commentaires : | | |
| **- Escompte :** OUI ❒ NON  Si OUI, préciser le pourcentage : | | | | | |
| **Facturation :** | | | | | |
| **Coordonnées bancaires** IBAN : | | | BIC : | | |
| **Raison sociale** de la facture : | | |  | | |
| **CONTACTS** | | | | | |
|  | Nom Prénom | Téléphone | | E-mail | Fax |
| Prix |  |  | |  |  |
| Commande/Livraison |  |  | |  |  |
| Facture |  |  | |  |  |
| Responsable grand compte/marché |  |  | |  |  |
| Pharmacovigilance |  |  | |  |  |
| Matériovigilance |  |  | |  |  |
| Information médicale |  |  | |  |  |
| ATU |  |  | |  |  |
| Autre |  |  | |  |  |