

**APPEL D’OFFRES MED25**

**QUESTIONNAIRE PRESTATIONS FOURNISSEUR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du Fournisseur** |  | | | |
| **Nom éventuel du dépositaire/distributeur :** |  | | | |
| **Responsable Grand Comptes**  **Service Clients Hôpitaux**  *Nom et coordonnées mail + téléphone* |  | | | |
| **Service des Marchés**  *Coordonnées mail + téléphone* |  | | | |
| **Visiteur Médical**  *Nom et coordonnées mail + téléphone* | **04** | **05** | **83** | **26** |
|  |  |  |  |
| 1. **DEVELOPPEMENT DURABLE** | | | | |
| **Engagement en matière de développement durable dans la politique générale du Laboratoire.**  Existe-t-il un service dédié ? | | | | Oui Non |
| **Existe-t-il une politique d’optimisation du transport entre les sites de production / stockage et le lieu de livraison ?** | | | | Oui Non |
| **Avez-vous engagé une réflexion sur les transports et les modalités de livraison ?** | | | | Oui Non |
| **Avez-vous engagé une démarche sur la réduction, le recyclage et la valorisation des déchets ?** | | | | Oui Non |

1. **INFORMATION/FORMATION MEDICALE**

Existence d’un réseau d’information et de formation médicale à disposition des établissements adhérents du Groupement :

Oui Non

Si oui, merci de bien vouloir détailler les modalités (accompagnement au démarrage et en cours d’exécution du marché, les moyens déployés pour la mise en place du marché dans chaque établissement, le suivi du marché, les plans de formation, …)

1. **LOGISTIQUE**

**2.1 Modalités de livraisons et frais de port**

**2.1.1 Les livraisons**

Délai de livraison annoncé : 1 jour 2 à 3 jours > 3 jours

Possibilité de livraison en urgence sous 24 heures : OUI NON

Si oui, heure de limite pour passer la commande pour livraison sous 24 heures : …………………………………………..

Si oui, préciser le circuit et les éventuels frais de port : ………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Livraison les week-end et jours fériés : OUI NON

Si oui, préciser le circuit et les éventuels frais de port : ………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Transmission de commandes via HOSPITALIS : OUI NON

Refus de livraison en dessous d’un montant minimum OUI NON

Si oui, montant : ……….€

Minimum de commande pour livraison sans frais : OUI NON

Si oui, montant : ……….€

Frais de gestion si minimum de commande non atteint : OUI NON

Si oui, montant : ……….€

**2.2 Conditions commerciales**

***Le fournisseur est tenu d’envoyer au GAPAM à chaque fin de période, un état des lieux de l’ensemble des remises accordées aux adhérents.***

**2.2.1 Reprise des produits**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En cas de péremption** | | **En cas de non utilisation** | |
| Oui | Non | Oui | Non |
| Modalités : | | Modalités : | |

**2.2.2 Escompte pour paiement rapide**

Oui Non

Si oui, précisez :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Délai de paiement (1) | 30 jours | Autre (précisez) |
| % de remise consentie (2) |  |  |

1. Délai écoulé entre la date de réception de la facture par l’établissement et la date de virement du Trésorier Principal
2. Cette remise est consentie pour la durée totale du marché, périodes de reconduction comprises

**2.2.3 Remise pour commande dématérialisée (EDI)**

Oui Non

Si oui, précisez :

|  |  |
| --- | --- |
| Pourcentage de remise |  |
| modalités d’application |  |

**2.2.4 Optimisation du nombre annuel de commandes par établissement :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de commandes annuelles \* | < 12 commandes | De 13 à 24 commandes | De 25 à 36 commandes | Autre |
| % de remise |  |  |  |  |

*\*Nombre de commandes passées par an et par site (respect des critères de développement durable)*

**2.2.5 Optimisation : respect des colisages standards (cartons, palettes)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Remise consentie pour respect des colisages standards | **% de remise sur PUHT** |  |
|  |  |  |

ANNEXE « Colisage standards » : à renseigner par le fournisseur

Préciser les modalités :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**2.2.6 Remise sur chiffre d’affaires réalisé**

Oui Non

Si oui, précisez : par établissement sur chiffre d’affaire global du Groupement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Paliers | | |
| Dépassement CA en € HT | **CA> ……….. €HT** | **CA> ……….. €HT** | **CA> ……….. €HT** |
| % de remise consentie (2) |  |  |  |
| Unités gratuites |  |  |  |

1. Chiffre d’affaires annuel. Les paliers de chiffre d’affaires proposés ne pourront pas être supérieurs à l’offre globale du fournisseur
2. Cette remise est consentie pour la durée totale du marché, périodes de reconduction comprises

**2.2.7 Autres suggestions**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **SERIALISATION**

Le fournisseur respecte la réglementation en vigueur concernant la sérialisation.

* Existe-t-il un dispositif anti-effraction

Oui Non En cours

* Numéro d’identification unique par boite de médicament, correspondant à un numéro de série.

Oui Non En cours

* Les codes agrégés / consolidés sont-ils déjà disponibles ?

Oui Non En cours

Précisez le coût éventuel par boîte : ………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **SÉCURITÉ D’APPROVISIONNEMENT**

* Existe-t-il un plan de gestion afin de garantir une sécurité d’approvisionnement pendant la durée du marché :

Oui Non En cours

Décrire les modalités :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Engagement et garantie d’approvisionnement (stock suffisant garanti pour pallier aux ruptures de courtes et moyennes durées

Oui Non En cours

Décrire les modalités :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* En cas de rupture d’approvisionnement
* Un mailing d’information au GAPAM est prévu pour prévenir de la rupture et de la date de remise à disposition :

Oui Non

* Il existe une procédure de gestion des ruptures au sein de votre laboratoire,

Oui\* Non

\*Préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………

Nom et Prénom : ………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………….. Signature :