**AO 034-A**

**FOURNITURE DE DISPOSITIFS MEDICAUX DE LA SPHERE ORL**



**Annexe 6 du CCTP « Fiche de Prestations du Fournisseur et Conditions Commerciales Complémentaires »**

**A compléter pour information. Ne sera pas pris en compte dans la notation**

Nom du fournisseur : ………………….…………..

Les engagements signés sur ce présent document prévalent sur les conditions générales de vente éventuellement annexées par le fournisseur à son offre.

**1. Logistique**

**- Modalités de livraison:**

● Minimum de commandes OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser le montant ou la quantité :………

Si OUI, préciser si refus de livrer en deçà d’un montant minimum ou d’une quantité minimale : ………..

Livraison en urgence

🡺 sous 24h : OUI ❒ NON ❒

Si OUI, heure limite de commande : ……………..

🡺 sous 48h : OUI ❒ NON ❒

Si OUI, heure limite de commande : ……………..

● Traitement des commandes exceptionnelles avec livraison les WE & jours fériés 

OUI ❒ NON ❒

**2. Conditions commerciales complémentaires**

**- Remises pour paiement rapide :**

OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Délais de paiement (1) | < 20 jours | 20 à 30 jours | 30 jours à 40 jours |
| % (2) |  |  |  |

(1) Délai écoulé entre **la date de réception** de la facture par l’établissement et la date de virement du Trésorier Principal de l’établissement.

(2) Cette remise est consentie pour la durée totale du marché, périodes de reconduction comprises.

* **Remises liées aux conditions logistiques :**

1. **en fonction du nombre de commandes annuelles** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de commandes annuelles (\*) | Entre X cdes et x cdes | Entre X cdes et x cdes | Entre X cdes et x cdes | Entre X cdes et x cdes |
| % de remise |  |  |  |  |

*🗶 Nb de commandes passées/an, par entité juridique et par fournisseur (respect des critères de développement durable)*

**b)** **en fonction du respect des conditionnements fournisseur**  OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser le pourcentage : …………………

Si OUI, éventuellement sous quelles conditions : …………………

* **Remises liées aux chiffres d’affaires**

OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser :

**- Autres remises complémentaires (remises catalogues,….)**

OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser :

Fait à .................................................... , Le ...........................................................

Signature personne habilitée Cachet du fournisseur