**AO MDS 25 : Médicaments dérivés du sang**



**Annexe n°2. QUESTIONNAIRE PRESTATIONS FOURNISSEUR**

DOCUMENT A FOURNIR IMPERATIVEMENT A VOTRE OFFRE

*Merci de répondre de la manière la plus précise et complète possible : les réponses contenant uniquement un renvoi vers un mémoire technique ou un autre document d’information complémentaire, pourront ne pas être analysées*.

**Identification du laboratoire ou du groupement soumissionnaire :**

Nom du laboratoire pharmaceutique :

Nom du dépositaire ou répartiteur choisi par le laboratoire :

1. **FORMATION et INFORMATION - ACCOMPAGNEMENT et SUIVI COMMERCIAL DE PROXIMITE**

* Existence d'un réseau d'information/formation et de délégués médicaux (présentation des produits et accompagnement du référencement au sein de l'établissement, formation et accompagnement des utilisateurs, ...)

 Oui  Non

Si OUI préciser l'organisation du réseau (notamment noms et coordonnées des intervenants sur les différents sites de l'établissement

*N° ou intitulé de la pièce justificative dans l'offre : ………………………..*

* Fourniture de documentations inclus dans l'offre et complémentaires au RCP (de type photos du conditionnement, études médico-économiques, études de stabilités, fiche technique, etc.…)

 Oui  Non

1. **APPROVISIONNEMENT ET CONDITIONS COMMERCIALES**
   1. **Approvisionnement**

**Si livraison en direct du laboratoire :**

Livraison urgente  Oui, délai (h) :  Non

Heure limite de commande pour une livraison urgente :

Franco de port :  Oui, quel seuil ?  Non

Si oui, montant des frais de port :

Commande et livraison le week end et jour férié :  Oui  Non

Si oui, merci de décrire les modalités et éventuels frais de port

**Si livraison via dépositaire ou répartiteur (livraison dans la journée exigée) :**

Commande et livraison le week end et jour férié :  Oui  Non

Si oui, merci de décrire les modalités et éventuels frais de port

* 1. **Information client en cas de difficultés d’approvisionnement du prestataire logistique ou de l’établissement hospitalier**

Information **dès** réception d’une commande : 🞎 OUI 🞎 NON

Modalités utilisées : 🞎 fax 🞎 mail 🞎 téléphone

**Contact / service en charge de cette mission** : indiquer impérativement le nom du contact et ses coordonnées mail et téléphone :

*Complément d’information si besoin (N° ou intitulé de la pièce justificative dans l'offre) : ……………..*

* 1. **Gestion des périmés**

Existe-il une gestion des périmés :  Oui  Non

Si oui, décrire les modalités (échange avant péremption, avoir sur certificat de destruction, …) :

1. **SECURISATION DES APPROVISIONNEMENTS**
   1. **Stocks de sécurité**

* Localisation des sites de production  *France*   *Europe*    *Autre*

*N° ou intitulé de la pièce justificative dans l'offre : ………………*

* Localisation des sites de stockage  *France*   *Europe*    *Autre*

*N° ou intitulé de la pièce justificative dans l'offre : ……………..*

* Constitution et maintien d'un stock de sécurité sur le territoire français ou européen

 Oui  Non

*N° ou intitulé de la pièce justificative dans l'offre* :

*Si oui, préciser le volume du stock : …………………..* mois

* 1. **Gestion des ruptures**
* Existence d'un Plan de Gestion des Pénuries (PGP)   Oui  Non
* Alimentation d'une plateforme dédiée au suivi des ruptures de type Hospistock

 Oui  Non

* Information régulière et préventive de l’état des tensions d’approvisionnement par le laboratoire au prestataire logistique et à l’établissement hospitalier

 Oui  Non

* Information **en amont de la rupture effective** transmise au prestataire logistique et à l'établissement

 Oui  Non

Si oui, selon quelles modalités :

*N° ou intitulé de la pièce justificative dans l'offre : ………………*

* En cas de rupture, proposition de solutions alternatives  Oui  Non

Si oui lesquelles (livraison partielle avec gestion des reliquats, contingentement ou proposition de produits équivalents)

*N° ou intitulé de la pièce justificative dans l'offre : ………………*

1. **CONTACTS**

Indiquer impérativement le nom du contact et ses coordonnées **mail et téléphone** :

* 1. **Pharmacovigilance :**
  2. **Informations médicales :**
  3. **Service des marchés :**
* Laboratoire pharmaceutique :
* Dépositaire ou répartiteur :
  1. **Commande en urgence week end et jour férié :**
* Laboratoire pharmaceutique :
* Dépositaire ou répartiteur :
  1. **Gestion des litiges sur les factures :**
* Laboratoire pharmaceutique :
* Dépositaire ou répartiteur :

1. **POINTS DE VIGILANCE à la soumission du marché**

Nommage des fichiers conforme à l’annexe n°4 Oui  Non

Envoi des fichiers signés ainsi que de leurs doubles non signés  Oui  Non

***Contacts pour le CHR Metz-Thionville :***

*Secrétariat pharmacie site de Metz : 03.87.55.34.78*

*Secrétariat pharmacie site de Thionville : 03.82.55.81.55*

*Secrétariat pharmacie site de Briey : 03.82.47.50.08*

Nom Cachet laboratoire pharmaceutique

Fonction

Signature

Nom Cachet dépositaire ou répartiteur pharmaceutique

Fonction

Signature