**ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES**

**FOURNITURE DE PROTHESES POUR IMPLANTOLOGIE DENTAIRE**

**CADRE DE RÉPONSE TECHNIQUE A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A L’OFFRE**

* **Ce questionnaire est destiné à permettre une évaluation du candidat du point de vue organisationnel, relationnel et technique.**
* **Les réponses fournies engagent le candidat.**

**I - RENSEIGNEMENT CONCERNANt le laboratoire**

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **RÉPONSES** |
| Nom du laboratoire | A remplir |
| Siège social/adresse | A remplir |
| CA 2022  CA 2023  CA 2024 | A remplir |
| Personne(s) chargée(s) des relations avec le Service d’Odontologie du CHU *(nom, adresse mail, téléphone)* | A remplir |
| Contact administratif et financier *(nom, adresse mail, téléphone)* | A remplir |
| Contact technique *(nom, adresse mail, téléphone)* | A remplir |

**II - Effectif du laboratoire (*éventuellement sur document en annexe)***

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **RÉPONSES** |
| Moyen en personnel (joindre la liste éventuellement en annexe) et préciser la fonction au sein du laboratoire et les tâches réalisées | A remplir |
| Ancienneté dans la société | A remplir |
| Niveau de formation : diplômes acquis (nature et date) et/ou formation interne avec nombre année d’expérience | A remplir |
| Formations professionnelles complémentaires suivies (formation continue,) (Intitulés, dates, fréquences) | A remplir |

**III – SYSTEME D’ASSURANCE QUALITE**

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **RÉPONSES** |
| Avez-vous une démarche qualité si oui la joindre | A remplir |
| Etes-vous certifiée ? si oui, joindre le document | A remplir |
| Avez-vous mis en place un suivi des dysfonctionnements interne ? si oui, décrire | A remplir |
| Avez-vous mis en place un suivi des réclamations clients ? si oui, décrire | A remplir |
| Contrôle en sortie de labo | oui non |

**Iv – Matériels, moyens de production et maîtrise technique**

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **RÉPONSES** |
| Préciser la liste complète du matériel technique spécifique employé pour la production (à l’exception de la petite instrumentation) en précisant pour chacun la nature du matériel, la date d’achat, la marque | A remplir |
| Envisagez-vous d’investir prochainement (à définir) et dans quel matériel ? | A remplir |
| Pendant combien de temps avez-vous la possibilité de stockage des fiches de traçabilité ? | A remplir |
| Comment tracez-vous la composition de la prothèse ? | A remplir |
| Si une sous-traitance est prévue au stade de la candidature, préciser pour quel type de prestation ainsi que les coordonnées de la ou les sociétés et le ou les déclarer obligatoirement | A remplir |

**V - Logistique**

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **RÉPONSES** |
| Horaires de fonctionnement du laboratoire | A remplir |
| Décrire la logistique mise en place pour le service d’Odontologie du CHU de Clermont-Ferrand (préciser si transport est externalisé) | A remplir |

**VI - Délais des travaux**

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **RÉPONSES** |
| Délai d’une réparation simple | * Dans la journée * De 24 h à 48h * De 48h à 72h |
| Délai d’une réparation complexe? | * Dans la journée * De 24 h à 48h * De 48h à 72h |
| Délai d’un mise en charge immédiate | * 24h * 48h * 72h |