 **ANNEXE 1 : 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 fournisseur**

Nom de l’entreprise :

Site internet :

|  |  |
| --- | --- |
| Suivi de marché : approvisionnement en consommables | |
| Livraison urgente sous 24h | ❒ OUI ❒ NON |
| Si oui, quelle heure limite pour la passation de commande pour l’hôpital de Mercy ? |  |
| Si oui, quelle heure limite pour la passation de commande pour l’hôpital de Bel Air ? |  |
| Proposez-vous un seuil de franco de port ? | ❒ OUI ❒ NON |
| Si oui, indiquer les frais de port appliqués |  |
| Information du prestataire logistique et du client en cas de difficultés d’approvisionnement, dès réception d’une commande ? | ❒ OUI ❒ NON |
| Si non sous quel délai ? |  |
| Modalité d’information (mail, fax, téléphone) |  |
| Contact / service en charge de cette mission, indiquer impérativement le **nom** du contact et ses coordonnées **mail et téléphone** : |  |
| Suivi de marché : Sécurité des approvisionnements | |
| Stock de sécurité (oui/non, si oui combien de mois) |  |
| Information régulière et préventive de l’état des tensions d’approvisionnement au prestataire logistique | ❒ OUI ❒ NON ❒ Non concerné |
| Information en amont de la rupture effective transmise au prestataire logistique et à l’établissement | ❒ OUI ❒ NON |
| Proposition de solutions alternatives | ❒ OUI ❒ NON |
| Suivi de marché : conditions commerciales | |
| Remises consenties : sur chiffre d’affaires global (oui/non, préciser) |  |
| En cas de remise, classer par ordre de préférence la mise en œuvre envisagée : unités gratuites, titre de recette, avoirs sur factures |  |
| En cas de remise, indiquer le contact / service en charge de cette mission : indiquer impérativement le nom du contact et ses coordonnées **mail et téléphone** : |  |
| Remise consentie pour un taux de commandes passées par EDI > 80% (si oui, indiquer le taux proposé) |  |
| Remises pour paiement rapide (Délai écoulé entre la date de réception de la facture par l’établissement et la date de virement du Trésorier Principal de l’établissement) (oui/non, préciser) |  |
| Renouvellement du stock suite à un échec de pose (gratuitement sans condition, gratuitement avec un seuil maximum mensuel \_à préciser ; Sous forme de produit gratuit ; Sous forme d’avoir, remise…) |  |
| Gestion des périmés (oui/ non, modalités d'échange avant péremption) |  |
| Gestion des litiges sur les factures (nom du contact et ses coordonnées mail et téléphone, par division si nécessaire) |  |
| Force commerciale – action de formation | |
| Nombre de personnes dédiées sur chacun des sites | / |
| METZ, Hôpital Mercy : |  |
| THIONVILLE, Hôpital Bel Air : |  |
| Qualification (ingénieur / techn commercial / commercial) |  |
| Disponibilité (nb jours/semaine ou mois, horaires, etc.): |  |
| Plan et durée de formation initiale pour les nouveaux agents : | / |
| Plan de formation, d’accompagnement au changement | ❒ OUI ❒ NON |
| Types de supports pédagogiques (papier, en ligne, présentiel etc.) pour les praticiens |  |
| Une participation des cliniciens du CHR METZ THIONVILLE à des études cliniques pendant la durée du marché est-elle prévue (oui/ non, intitulé ou domaine clinique) |  |
| Demandes d’informations urgentes du personnel médical, paramédical : | / |
| - existence d’une hotline :  oui  non  Si oui :  - Modalité de contact : (n°tel, adresse mail …)  - Créneaux horaires de réponse : |  |
| Organisation |  |
| Avez-vous correctement suivi notre annexe « nommage fichiers » ? | ❒ OUI ❒ NON |
| Avez-vous envoyé vos fichiers dans un format adéquat (pdf, word, JPG …) ? | ❒ OUI ❒ NON |
| Contacts | |
| Pharmacovigilance ou matériovigilance : indiquer impérativement le **nom** du contact et ses coordonnées **mail et téléphone** : |  |
| Information technique indiquer impérativement le **nom** du contact et ses coordonnées **mail et téléphone** : |  |
| Service des marchés : indiquer impérativement le **nom** du contact et ses coordonnées **mail et téléphone** : |  |

***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*

Nom Cachet fournisseur

Fonction

Signature