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

Nom :

**Suivi de marché :** **conditions commerciales**

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

* **Remise sur chiffre d’affaires global**

Remise sur chiffre d’affaires annuel (valorisé en note prix)

❒ OUI ❒ NON

Conditions : palier de montant et de remise

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant annuel €HT |  |  |  |  |
| % Remise |  |  |  |  |

Autres propositions :

* **Remise uniquement sur certains lots**

**Numéro du / des lots et sous lot(s) concerné(s) :**

Remise sur chiffre d’affaires annuel (valorisé en note prix)

❒ OUI ❒ NON

Conditions : palier de montant et de remise

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant annuel €HT |  |  |  |  |
| % Remise |  |  |  |  |

Autres propositions :

* **Remise consentie pour un taux de commandes passées par EDI > 80%**

❒ OUI, taux de remise de : ❒ NON

* **Remises pour paiement rapide**

❒ OUI ❒ NON

Si OUI, merci de préciser :

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

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.*

Autres propositions :

* **Utilisation de la remise**

❒ Avoirs financiers à déduire sur facture

❒ Unités gratuites

❒ Autre :

* **Emission et envois des avoirs / remises**

❑ Trimestriel ❑ Semestriel ❑ Annuel

❑ Par courrier ❑ Par voie électronique