## DESCRIPTION DU CRITÈRE « QUALITE LOGISTIQUE » Prestations du fournisseur, Approvisionnement et distribution)

Filière Dispositifs Médicaux

### NOM DU FOURNISSEUR (soumissionnaire) :

Adresse e-mail service des marchés :

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

*PRESTATIONS DU FOURNISSEUR*

1. **Réseau**

* De visite commerciale **:** OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser les noms et coordonnées des interlocuteurs privilégiés :

* Réseau du support technique en appui de la bonne utilisation du Médicament et accompagnement aux changements de pratiques :

OUI ❒ NON ❒

Si oui, description détaillé du réseau à fournir annexé à l’offre, en précisant les noms et coordonnées des délégués médicaux sur les différents établissements du GHT 72 participants à la campagne, précisant les objectifs, notamment dans le soutien au bon usage

1. **Conditions, modalités de livraison et frais de port :**

**Délai de livraison des fournitures : ……………………**

* ***Frais de port pour livraison normale***OUI ❒ NON ❒

Si Oui, préciser la grille tarifaire

Certains établissements de faible capacité étant susceptible de passer des commandes de faible montant, ce critère sera particulièrement étudié.

* **Minimum de commandes pour franco de port :** OUI ❒ NON ❒

Si Oui, préciser le montant ou la quantité :

* **Minimum de commandes** : OUI ❒ NON ❒

Si Oui, préciser le montant ou la quantité

* ***Livraison en urgence******SOUS 24H***OUI ❒ NON ❒

Si OUI, heure limite de commande :

Si OUI, frais de port : OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser la grille tarifaire :

***SOUS 48H***OUI ❒ NON ❒

Si OUI, heure limite de commande :

Si OUI, frais de port : OUI ❒ NON ❒

Si OUI, préciser la grille tarifaire :

1. **REPRISE DE PRODUITS AVANT PÉREMPTION** : OUI ❒ NON ❒

Si OUI, sans conditions ❒

Si OUI, sous quelles conditions ❒

À préciser :

1. **MODALITES DE GESTION DES RUPTURES**

Existe-t-il des règles de Communication : OUI  NON 

Procédure de gestion des ruptures (à détailler en annexe) incluant :

* Accompagnement des établissements en cas de ruptures (information, communication, équivalences…)…
* Proposition de fourniture de produits équivalents (validé par le pharmacien coordonnateur de la campagne)

**Quelles sont les règles de prise en charge de ces ruptures :**

* Propositions d’alternatives : OUI ❒ NON ❒
* Livraison d’une référence équivalente mais d’un autre fournisseur : OUI ❒ NON ❒
  + - Autres solutions (à préciser)

Fait à ,

Le

**Signature Cachet du laboratoire**