|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNEXE 1 AU CCAP du DAF\_2025\_000445** | | | | |
| **COMPTE RENDU SEMESTRIEL (CRS)** | | | | |
| **Ce CRS établi par le GSC doit être transmis, après validation, à la PFC Est/DAP/Bureau Management de l’Achat** | | | | |
| MARCHE DE | **Analyses microbiologiques de denrées alimentaires**  **au profit des GSC rattachés à la PFC Est** | | | |
| N° DU MARCHE |  | | | |
| GSC |  | | | |
| MOIS CONSIDERES |  | | | |
|  | PRESTATIONS PREVUES AUX ANNEXES TECHNIQUES | PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES | | |
| **NOMBRE DE COMMANDES EFFECTUEES mensuelles/trimestrielles/…** |  |  | | |
| **MONTANT DES COMMANDES EFFECTUEES EUROS TTC** |  |  | | |
| **MONTANT DES COMMANDES REELLEMENT FACTUREES EN EUROS TTC** |  |  | | |
| **Nom, Prénom et coordonnées téléphoniques du personnel désigné par le GSC pour assurer le suivi de l'exécution du marché** |  | | | |
| **ENQUETE SATISFACTION :**  **COMMENTAIRES DIVERS**  **Nombre de report accordés : nature, motif**  **Délai moyen de réception des comptes rendus d'analyses :**  **Taux de satisfaction de la prestation : 1 = satisfaisant; 2 = moyennement satisfaisant; 3 = insatisfaisant - Justifier**  **Qualité du compte rendu d'analyses :**  **Relations titulaire/FB...**  **Si prestations supplémentaires, justifier la survenue du besoin (résultats non satisfaisants, demande SSA...) :** |  | | | |
| **ACCORD DE LA FORMATION BENEFICIAIRE POUR LA RECONDUCTION DU MARCHE** | | | **OUI** | **NON** |
| **SIGNATURE GSC (date, grade, nom et fonction)** | **SIGNATURE DU TITULAIRE**  **(date, grade, nom et fonction)** | | | |
|  |  | | | |