

**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 Dispositif Médical et accompagnement aux changements de pratiques :  
OUI ☐ NON ☐  
Si oui, description détaillée 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

**2. 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 :

**3. REPRISE DE PRODUITS AVANT PÉREMPTION :** OUI ☐ NON ☐

- Si OUI, sans conditions ☐
- Si OUI, sous quelles conditions ☐
- À préciser :

**4. 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**