** ANNEXE 1 au CCTP - FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR**  **Consultation PHDM 25-005**

|  |
| --- |
| **SOCIETE** |

Nom : ..............................................................................................

Forme juridique : SA SCA SNC Autre : .....................

Siège Social : ..............................................................................................

...............................................................................................

...............................................................................................

...............................................................................................

Code Postal .......................... Ville .......................................

Téléphone standard : .............................. Télécopie : ........................ E.Mail : ..................................

SIREN : .......................................................................

SIRET : .......................................................................

INSEE : .......................................................................

APE : .................................

Registre du Commerce : ............................................ en date du : .......................................................................

Capital Social : ............................................................

Nature de l'activité : Fabricant Commerçant Prestataire

Nombre d'employés : < 500 >500

Origine des produits : France : ..... % CEE : .......% Autre : .........%

|  |
| --- |
| **SYSTEME D'ASSURANCE QUALITE** |

Etablissement Pharmaceutique : NON OUI N° d'agrément ministériel : ................... en date du : ..................

Nom & Prénom du Pharmacien Responsable : ........................................................................................

Numéro d'inscription à l'Ordre : ............................... Section B en date du : ............................................................

Certification : ISO 9001 ISO 9002 ISO 9003 EN46001 EN 46002

Nom de l'organisme notificateur : .............................G.MED ou autre...................................................................

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** |

\* Coordonnées bancaires (RIB / RIP) : ..........................................................................................................................

\* Existence d'un Distributeur ou Revendeur : NON OUI Nom : ......................................................................

Si OUI, est-il Etablissement Pharma. : NON OUI N° d'agrément ministériel : .........en date du :..........

Nom & Prénom du Pharmacien Responsable : ..............................................

N° d'inscription à l'Ordre : ................................ en date du : ..........................

Est-il certifié : Certification : ISO 9001 ISO 9002 ISO 9003 EN46001 EN 46002

Nom de l'organisme notificateur AFAQ : ..............................................................................................................

\* Marchés Hospitaliers : Nom & Prénom : ......................................................................................................................

Signataire : ........................................... Adresse : ......................................................................................................

......................................................................................................

......................................................................................................

Code Postal : ....................... Ville : ............................................

Téléphone : .......................... Télécopie : ...................................

\* Commandes : Nom & Prénom : ..............................................................................................................................

Adresse : .........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Code Postal : ....................................... Ville : ...............................................................

Téléphone : .......................................... Télécopie : ......................................................

Délais de livraison : Les délais de livraisons sont fixés à \_ \_ jours à réception du bon de commande

Heure limite pour livraison sous 24 heures : Urgence jusqu’à \_ \_ heure maximum pour la Sarthe (sauf week-end)

Traitement des commandes exceptionnelles les WE & jours fériés : NON OUI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Informations/Réclamations | Nom & Prénom | Téléphone | Télécopie | E.mail |
| Prix |  |  |  |  |
| Commande |  |  |  |  |
| Livraison |  |  |  |  |
| Facture |  |  |  |  |

E.D.I. : Marchés Commandes Factures

Reprise de produits périmés : OUI NON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTRES INFORMATIONS UTILES** | | | | |
|  | Nom & Prénom | Téléphone | Télécopie | E. mail |
| Pharmaco/Matériovigilance |  |  |  |  |
| Informations médicales |  |  |  |  |
| Visite médicale (Siège) |  |  |  |  |
| Directeur régional |  |  |  |  |
| Délégué médical |  |  |  |  |