|  |
| --- |
| **SERVICE D’AIDE A DOMICILE INTEGRE POUR LE CHU DE RENNES** |
|  |
| FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR  PROCEDURE n° 2025PG05  (A compléter par le candidat) |

**Partie 1 : renseignements sur la société**

|  |  |
| --- | --- |
| A **– Identification du soumissionnaire** |  |

Nom :

Forme juridique :

Siège social :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

SIRET :

APE :

Registre du commerce :

Capital Social :

Nature de l’activité :

Nombre d’employés :

**Partie 2 : interlocuteurs en phase de passation et d’exécution du marché**

|  |  |
| --- | --- |
| C – Signataire du marché |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom & prénom | Adresse | Téléphone | Fax | Messagerie |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| D – Cellule des marchés |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom & prénom | Adresse | Téléphone | Fax | Messagerie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| E – Interlocuteur achats |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom & prénom | Adresse | Téléphone | Fax | Messagerie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Observations éventuelles :**

|  |  |
| --- | --- |
| F – Interlocuteur facturation |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom & prénom | Adresse | Téléphone | Fax | Messagerie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Observations éventuelles :**