**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY**

**DIRECTION DES ACHATS DU GHT HOPITAUX SUD LORRAINE**



**AO\_2025\_224**

**FOURNITURE DE MEDICAMENTS POUR TOMOGRAPHIE A EMISSION DE POSITONS (TEP)**

**REMISE LIEE AUX CONDITIONS LOGISTIQUES**

Nom de la société : ………………………………………………………………………………

* S’engage à consentir une remise selon le nombre de commandes annuelles

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de commandes annuelles\* | Entre **X** commandes et **X** commandes | Entre **X** commandes et **X** commandes | Entre **X** commandes et **X** commandes | Entre **X** commandes et **X** commandes |
| % de remise |  |  |  |  |

*\*Nombre de commandes passées/an, par entité juridique et par fournisseur*

*Les bornes «****X****» sont à préciser par le fournisseur*

* S’engage à consentir une remise selon le montant des commandes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant de la commande  (en euros HT) | Supérieur à **X** euros | De **X** à **X** euros | De **X** à **X** euros | De **X** à **X** euros |
| % de remise |  |  |  |  |

*Les bornes «****X****» sont à préciser par le fournisseur*