CADRE DE REPONSE TECHNIQUE & HABILITATIONS

*A renseigner obligatoirement par le candidat*

|  |  |
| --- | --- |
| Prestation concernée | ***OBJET DU MARCHE*** |
| Informations générales de l'entreprise |  |
| Dénomination commerciale et forme juridique de la société | S.A S.C.A S.N.C Autre |
| Adresse |  |
| Téléphone, fax |  |
| Mail |  |
| N° SIRET |  |
| N° SIREN |  |
| APE |  |
| Registre du commerce | en date du : |
| N° TVA et/ou N° TVA intra communautaire |  |
| Site web de la société |  |
| Nombre d’employés | <500 > 500 |
| Nature de l’activité | Fabricant Commerçant  Prestataire |
| Origine produits (France – CEE- Autres) | France CEE Autres : |
| Renseignements administratifs |  |
| Coordonnées bancaires (RIB/RIP) : joindre un RIB |  |
| Existence d’un distributeur ou revendeur | Non  oui Nom : |
| Est-il certifié | ISO 9001  ISO 9002  ISO 9003  EN46001 EN46002  Nom de l’organisme notificateur : |
| Marché hospitalier | Nom et prénom :  Adresse :  Code postale : Ville :  Téléphone : Télécopie :  E-mail : |
| Commandes | Nom & prénom :  Adresse :  Code postale : Ville :  Téléphone : Télécopie :  E-mail :  Heure limite pour livraison sous24 heures :  Traitement des commandes les WE & jours fériés : non  oui |
| Information/réclamations  Prix :  Livraison :  Facture :  E.D.I :  Reprise des produits périmés : | Nom & prénom :  Téléphone : Télécopie :  E-mail :  Nom & prénom :  Téléphone : Télécopie :  E-mail :  Nom & prénom :  Téléphone : Télécopie :  E-mail :    Marché Commandes  Factures  Non  Oui : sur acceptation préalable : Oui  Non |
| Coordonnées Service Commercial et SAV |  |
| Agence / site dont dépend le CHU de Toulouse |  |
| Nom et coordonnées du responsable technique et du technicien dédiés au CHUT |  |
| Coordonnées du SAV (Tel, fax, email, site web,…) |  |
|  |  |
| A renseigner pour les prestations de maintenance et de contrôle | |
| Moyens humains et techniques affectés à la réalisation de la prestation pour le GHT | |
| Nom et Coordonnées du Responsable Technique National & Régional |  |
| Nombre de techniciens disponibles dans l’antenne assurant le SAV pour le CHUT :   * Nombre de techniciens SAV global * Nombre de techniciens spécialisés pour les équipements au marché |  |
| Moyens techniques (camion atelier, type d'équipements à disposition, etc…) |  |
| Habilitations des techniciens *(fournir obligatoirement les attestations)* |  |
| Habilitations des organismes de contrôles *(fournir obligatoirement les attestations)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mode d'organisation des moyens humains et techniques affectés à la réalisation de la prestation pour le GHT | |
| Organisation du SAV dédié :   * Européen * National |  |
| Intervention de sous-traitants | *Si oui précisez ci-dessous quelles prestations sont sous-traitées, pour quels équipements et le nom des sous-traitants* |
|  |
| Délais minimum et maximum de livraison des pièces détachées et accessoires |  |
| Délai de livraison des pièces détachées en cas d’urgence |  |
| Délai moyen de livraison des principaux filtres |  |
| Détention de pièces détachées usuelles par les techniciens de maintenance |  |
| Stock local des principaux filtres |  |
| **🡺 Joindre Catalogue des pièces détachées, accessoires et sous-ensembles** | |
| Contrôle et mise en conformité des équipements | |
| Temps total nécessaire pour la réalisation du contrôle et de la mise en conformité de l’équipement en nombre d’heures |  |
| Nombre de techniciens prévus à chaque visite de contrôle |  |
| Délai de remise des rapports d’intervention |  |
| Protocole de contrôle | *Joindre en annexe le protocole de contrôle des équipements* |
| Instruments de mesure aux normes 17025 | *Si oui fournir obligatoirement les attestations* |
| Maintenance corrective | |
| Assistance téléphonique :   * Numéro de téléphone * Plages horaires | *Précisez le numéro à contacter et les jours et heures d’ouverture* |
| Jours et plages horaires d’ouverture du SAV | *Précisez les jours et heures d’ouverture* |
| Télémaintenance du fournisseur  Sur appel (hotline) avec compétence technique   * Numéro de téléphone * Plage horaire * Langue | *Précisez le numéro à contacter et les jours et heures d’ouverture* |
| La télémaintenance s’accompagne-t-elle d’un compte-rendu ?   * Par courrier différé au référent * Par courriel immédiat au référent |  |
| Existence d’un Help-Desk (services internet)  (déclaration de pannes, acquittements, historiques des pannes) |  |
| Délais contractuels de remise en ordre de marché pour :  La maintenance corrective (panne non bloquante)  La maintenance corrective (panne bloquante) | **CF. CCAP.** |
| Engagement de délais d’intervention pour une maintenance corrective :   * Standard * Urgence (précisez la localisation du technicien) * Urgence <J+1 (précisez la localisation du technicien) |  |
| Autres précisions |  |
| Prestations annexes proposées par le candidat | |
| Le contrat de maintenance intègre-t-il  la mise en place, à titre gratuit, d’un matériel de remplacement aux fonctions similaires pour pallier l’indisponibilité en cas de maintenance ou/et dysfonctionnement de l’équipement ?  **CF. CCAP** | *Si oui, préciser ci – dessous quel(s) équipement(s) sont concernés, ainsi que le mode d’organisation et les délais minimum/maximum de mise en service de l’équipement de remplacement* |
|  |
| Prestations de formation annuelle des agents du GHT sur les équipements  **CF. CGA** | *Précisez*   * *pour quel(s) équipement(s)* * *le contenu de cette formation* |
| Autres précisions |  |