**GHT HAINAUT CAMBRESIS**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR**

**1 - SOCIETE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Nom |  |
| Forme juridique |  |
| Siège social  Adresse |  |
| Code postal |  |
| ville |  |
| Téléphone du standard |  |
| e-mail |  |
| SIREN |  |
| SIRET |  |
| INSEE |  |
| APE |  |
| Registre du commerce  (date) |  |
| Capital social |  |
| Nature de l’activité :  🞏 fabricant  🞏 distributeur  🞏 prestataire |  |
| Nombre d’employés |  |
| Origine des produits : 100%  🞏 France  🞏CEE  🞏 autres | Détailler provenance des matières premières et produits finis |

**2 – SYSTEME ASSURANCE QUALITE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Etablissement pharmaceutique |  |
| Si oui : n° d’agrément ministériel et date |  |
| Si oui : nom et prénom du pharmacien responsable et n° d’ordre |  |
| Certification :  🞏 ISO 9001  🞏 ISO 13485  🞏 ISO 14001 |  |
| Nom de l’organisme certificateur |  |

**3 – PHARMACOVIGILANCE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Nom et prénom du correspondant local de matériovigilance |  |
| Coordonnées :  🞏téléphone  🞏 fax  🞏 adresse |  |

**4 – INFORMATIONS MEDICALES**

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Nom et prénom du manager  Tel  Fax  Portable  e-mail |  |
| Nom et prénom du responsable grand compte  Tel  Fax  Portable  e-mail |  |
| Nom et prénom des délégués médicaux (avec indication sur la gamme de produits présentée)  Tel  Fax  Portable  e-mail |  |

**5 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

***5 -1 existence d’un distributeur ou d’un revendeur***

🞏oui🞏non

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui : | réponses |
| Etablissement pharmaceutique | 🞏 oui 🞏 non |
| Si oui : n° d’agrément ministériel et date |  |
| Si oui : nom et prénom du pharmacien responsable et n° d’ordre |  |
| Nom de l’organisme certificateur |  |

***5-2 marchés hospitaliers***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du responsable | réponses |
| Adresse |  |
| tel |  |
| e-mail |  |

***5-3 commandes***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | réponses | |
| Nom et prénom du responsable |  | |
| Adresse de commande |  | |
| téléphone |  | |
| e-mail |  | |
|  |  | |
| Commande par EDI |  | |
| Heure limite de prise en compte |  | |
| Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande |  | |
|  |  | |
| Commande par fax |  | |
| Heure limite de prise en compte |  | |
| Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande |  | |
|  |  | |
| Commande urgente |  | |
| Heure limite de prise en compte pour réception sous 24 h |  | |
| Avec Frais | oui | non |
| Si **OUI** précisez le montant |  | |
|  |  | |
| Commande exceptionnelle le week-end ou jours fériés |  | |
| A préciser |  | |
| Franco de port | oui | non |
| Si **NON** précisez le montant |  | |
| Minimum de commande | oui | non |
| Si **OUI** précisez le montant |  | |

***5-4 réclamations***

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Nom et prénom du responsable |  |
| Adresse |  |
| téléphone |  |
| fax |  |
| e-mail |  |

***5-5 reprise de dispositifs médicaux***

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Reprise de produits périmés | 🞏 oui 🞏non |
| Si oui, modalités de reprise |  |
|  |  |
| Reprise de dispositifs médicaux **non** périmés | 🞏 oui 🞏 non |
| Si oui, date limite de reprise / date de péremption |  |

***5- 6 facturation***

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Coordonnées bancaires |  |
| Raison sociale de la facture |  |
| Dématérialisation des factures | 🞏oui 🞏non |
| Si oui : |  |
|  |  |

***5-7 remises***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | réponses | | | |
| Remise pour paiement rapide | □ oui □non | | | |
| Délai de paiement | < 20jours | 20 à 30 jours | 30 à 40 jours | >40jours |
| % de remise |  |  |  |  |
|  |  | | | |
| Remise si nombre maximal de commande annuelle | □ oui □non | | | |
| Nombre de commandes annuelles passées par an par adhérent et par fournisseur | Entre x et x commandes annuelles | Entre x et x commandes annuelles | Entre x et x commandes annuelles | Entre x et x commandes annuelles |
| % de remise |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | réponses | | | |
| Remise sur chiffre d’affaire ou quantités commandées | □ oui □non | | | |
| chiffre d’affaire ou quantités commandées | Entre x et x % de CA ou quantité | Entre x et x % de CA ou quantité | Entre x et x % de CA ou quantité | Entre x et x % de CA ou quantité |
| % de remise |  |  |  |  |
|  |  | | | |
| Remise si commande par EDI | □ oui □non | | | |
| % de commande EDI par fournisseur (par rapport au nombre de commandes totales) | >70% | >80% | >90% | >95% |
| % de remise |  |  |  |  |

***5-8 sécurité d’approvisionnement***

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Capacité de production en rapport avec besoin | 🞏 oui 🞏non Si oui préciser les moyens mis en œuvre |
| Existence de plusieurs sources de matières premières | 🞏 oui 🞏non Si oui : préciser le nombre de sources et localisation |
| Si oui, pour quels dispositifs médicaux ? |  |
| Existence de plusieurs sites de fabrication | 🞏 oui 🞏 non |
| Si oui, pour quels dispositifs médicaux et préciser la localisation ? |  |
| Procédure de gestion des ruptures | 🞏 oui 🞏 non |
| Détailler vos engagements |  |
| Existence de lots d’avance dédiés à notre établissement | 🞏 oui 🞏 non |
| Si oui, pour quels dispositifs médicaux ?  Pour quelle durée ces lots d’avance permettent-ils de tenir pendant la rupture? |  |
| Autre moyen mis en œuvre pour sécuriser approvisionnement |  |

***5-9 autres informations***

|  |  |
| --- | --- |
|  | réponses |
| Conditions logistiques particulières | Si oui, développer : |
| formations |  |
| informations |  |
|  |  |
| Prestations supplémentaires éventuelles PSE : |  |