|  |  |
| --- | --- |
| cid:image001.png@01D8701B.6F770A90 | **ANNEXE 1 AU C.C.A.P** |

**AO n° 25212 – Fourniture de bas de contention**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Société** | |
| Forme juridique |  |
| Nom de la société |  |
| Adresse |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| e.mail |  |
| N° de SIREN |  |
| N° de SIRET/INSEE |  |
| IBAN |  |
| Registre du commerce en date du |  |
| Capital social |  |
| Nature de l’activité |  |
| Origine des produits (préciser le pays) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements Administratifs** | |
| Existence d’un distributeur ou revendeur |  |
| Marchés hospitaliers :   * signataire (nom + coordonnées tél et mail) : * commande (nom + coordonnées tél et mail) : |  |
| Traitement des commandes exceptionnelles les WE et jours fériés : (OUI/NON) |  |
| Reprise de produits périmés : (OUI/NON) préciser les conditions |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées pour informations/réclamations** | | | | |
| **Objet** | **Nom et prénom** | **Téléphone** | **Fax** | **e.mail** |
| Prix |  |  |  |  |
| Commande |  |  |  |  |
| Livraison |  |  |  |  |
| Facture |  |  |  |  |
| Formation |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées pour autres informations** | | | | |
| **Objet** | **Nom et prénom** | **Téléphone** | **Fax** | **e.mail** |
| Technique |  |  |  |  |
| Matério-vigilance |  |  |  |  |

**Fait à…………………………………… Le………………………………….**

***SIGNATURE***

**Nom et qualité du signataire : Cachet du candidat**