 **ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PRESTATIONS FOURNISSEUR**

DOCUMENT A FOURNIR IMPERATIVEMENT A VOTRE OFFRE

Merci de répondre de la manière la plus **précise, synthétique et complète** que possible.

**Les réponses contenant uniquement un renvoi vers un mémoire technique ou un autre document d’information complémentaire, ne pourront pas être analysées et, se verront automatiquement attribuées la note de 0.**

Une question sans réponse se verra automatiquement attribuée la note de 0.

Un seul exemplaire est à fournir par candidature.

**Identification du fournisseur**

Nom de l’entreprise :

Site internet :

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation générale** | |
| Raison sociale du prestataire |  |
| Personne de contact  (Nom, fonction, email, téléphone) |  |
| Description synthétique de l’activité et de l’expérience en essais cliniques |  |
| **Gestion des commandes de médicaments** | |
| Le prestataire prend-il en charge : - la réception des commandes promoteur ?  - la gestion des stocks ?  - la traçabilité des lots et dates de péremption ? | ☐ Oui ☐ Non  ☐ Oui ☐ Non  ☐ Oui ☐ Non |
| Quel est le **délai moyen de traitement d’une commande** (hors urgence) ? |  |
| Existe-t-il un **outil de suivi des commandes** (tableau de bord, reporting, accès client) ? |  |
| **Confection des coffrets** | |
| Délai nécessaire pour la confection des coffrets (par paliers de différentes quantités) |  |
| En cas d’urgence, quels sont les délais minimaux de confection possibles ?  (par paliers de différentes quantités) |  |
| Quel serait votre réponse si une campagne extraordinaire est organisée sous 2 semaines ? |  |
| Contact / service responsable (nom, mail, téléphone) |  |
| Les coffrets sont-ils recontrôlés avant expédition ? | ☐ Oui ☐ Non |
| **Livraisons des coffrets** | |
| Prestataire logistique retenu (nom, mail, téléphone) |  |
| Délai livraison proposés pour une livraison standard (préciser selon zones géographiques) : |  |
| Délai livraison proposés pour une livraison urgente (préciser selon zones géographiques) : |  |
| Les livraison urgente en Métropole peuvent-elles être assurées : | ☐ < 24 h ☐ 24–48 h ☐ > 48 h |
| Heure limite de commande pour livraison sous 24h |  |
| Heure limite de commande pour livraison sous 48h |  |
| Quelles sont les modalités de suivi et de traçabilité des envois avec suivi des températures ? |  |
| Coût d’une livraison standard en Métropole |  |
| Coût d’une livraison urgente en Métropole |  |
| Coût d’une livraison standard à La Réunion |  |
| Information au promoteur en cas en cas de difficultés de livraison | □ Oui □ Non |
| Modalité d’information (mail, téléphone) |  |
| Contact / service responsable (nom, mail, téléphone) |  |
| **Gestion des retours et incidents** | |
| Existe-t-il une procédure formalisée pour la **gestion des écarts, incidents ou erreurs de livraison** ?  Si oui, précisez : |  |
| **Qualité & conformité réglementaire** | |
| Le prestataire dispose-t-il de procédures qualité documentées ? | ☐ Oui ☐ Non |
| Est-il en mesure de travailler conformément : - aux BPF / BPD applicables ?  - aux exigences essais cliniques (ICH-GCP, promoteur) ? | ☐ Oui ☐ Non  ☐ Oui ☐ Non |
| Des audits clients ont-ils déjà été réalisés ? | ☐ Oui ☐ Non |
| **Engagements contractuels & flexibilité** | |
| Le prestataire est-il en capacité d’absorber des **variations d’activité** (pics de commandes, urgences) ? |  |
| Un **interlocuteur dédié** est-il proposé pour le suivi du contrat ?  Si oui, nom + coordonnée | ☐ Oui ☐ Non |
| **Organisation documentaire** | |
| Respect annexe « nommage fichiers | □ Oui □ Non |
| Format des fichiers transmis accessible (PDF, Word, JPG…) | □ Oui □ Non |

***Contacts pour le CHR Metz-Thionville :***

Responsable des achats pharmaceutiques : M BOEHLES Jordan  
[jordan.boehles@chr-metz-thionville.fr](mailto:jordan.boehles@chr-metz-thionville.fr)

Nom Cachet fournisseur

Fonction

Signature