

**APPEL D’OFFRES MED26**

**QUESTIONNAIRE FOURNISSEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du Fournisseur** |  | | | | |
| **Adresse postale** |  | | | | |
| **CONTACTS** | | | | | |
| **Responsable Grand Comptes**  **Service Clients Hôpitaux**  *Nom et coordonnées mail + téléphone* |  | | | | |
| **Service des Marchés**  *Coordonnées mail + téléphone* |  | | | | |
| **Visiteur Médical**  *Nom et coordonnées mail + téléphone* | **04** | **05** | **26** | **83** | |
|  |  |  |  | |
| 1. **RSE (4 points)** | | | | | |
| **La fourniture des produits et prestations dans le cadre de votre offre fait-elle l’objet d’un dispositif de type SME (Système de Management de l’Environnement ISO 14 001 ou équivalent) (1 point) ?**  **Oui Non**  *Si oui, merci de bien vouloir fournir les certificats ou manuels SME* | | | | | |
| **La fourniture des produits et prestations dans le cadre de votre offre fait-elle objet d’un dispositif de management de la sécurité et de la santé au travail – ISO 45001 ou équivalent ? (1 point)**  **Oui Non**  *Si oui, merci de bien vouloir fournir les certificats ISO 45001 ou équivalent ou manuel de la sécurité et de la santé au travail* | | | | | |
| **Décrire la composition des emballages de colisage et préciser si elle est constituée de biomatériaux ou matériaux recyclés ou labellisés FSC ou PEFC ou équivalent. (0.5 points)**  *Fournir la déclaration du candidat* | | | | | |
| **Utilisez-vous des produits de calage dans vos emballages de colisage ? (0.5 points) Oui Non**  *Si oui, décrire la composition des produits de calage et préciser s’ils sont constitués de biomatériaux recyclés ou labellisés FSC ou PEFC ou équivalent et recyclable* | | | | | |
| **Possédez-vous une politique d’optimisation du système de livraison pour acheminer les produits du site de stockage jusqu’à la destination finale ? (1 point) Oui Non**  **(Type de transport utilisé, véhicules à faibles émissions de CO2, écoconduite, …)**  *Si oui, décrire la politique et décrire les aspects développement durable du transport de marchandise des produits proposés dans ce marché.* | | | | | |
| 1. **INFORMATION/FORMATION MEDICALE (5 points)** | | | | |
| **Existence d’un réseau d’information et de formation médicale à disposition des établissements adhérents du Groupement :**  **Oui Non**  *Si oui, merci de bien vouloir détailler les modalités (accompagnement au démarrage et en cours d’exécution du marché, les moyens déployés pour la mise en place du marché dans chaque établissement, le suivi du marché, les plans de formation, …)* | | | | |
| 1. **PRESTATIONS LOGISTIQUES ET REMISES COMMERCIALES (11 points)**   *Afin d’éviter toute discordance avec votre questionnaire fournisseur, attention à bien saisir dans votre fichier de réponse électronique (HeliosWeb), dans l’onglet « conditions particulières » les informations commerciales tel que franco de port, minimum de commande, escompte, frais fixe, remises commerciales, …* | | | | |
| **LIVRAISON (3 points)** | | | | |
| **Franco de port quel que soit le montant de la commande : Oui Non**  **Si non : Minimum de commande pour franco de port :** ……………… € HT  **Frais de port si minimum de commande n’est pas respecté :** ………………. € HT  **Présence d’un seuil en-dessous duquel les commandes ne peuvent être honorées :** ………………. € HT  **Livraison en urgence sous 24 heures : Oui Non**  *Si oui, merci de bien vouloir préciser les conditions éventuelles :* | | | | |
| **REPRISE DES PRODUITS (1 point)** | | | | |
| **En cas de péremption : Oui Non**  *Si oui, merci de préciser les modalités :* | | | | |
| **En cas de non utilisation : Oui Non**  *Si oui, merci de préciser les modalités :* | | | | |
| **REMISES (7 points)**  *Le fournisseur est tenu d’envoyer au GAPAM à chaque fin de période, un état des lieux des remises accordées aux adhérents.* | | | | |
| **Escompte pour paiement constaté réalisé à moins de 30 jours : Oui Non Si oui, taux de remise :** ……………… **%**  *Délai écoulé entre la date de réception de la facture par l’établissement et la date de virement du trésorier principal*  *Cette remise est consentie pour la durée totale du marché, périodes de reconductions comprises* | | | | |
| **Remise pour commande dématérialisée (EDI) : Oui Non**  *Si oui, précisez :*   |  |  | | --- | --- | | Pourcentage de remise |  | | Modalités d’application |  |   **Optimisation du nombre annuel de commandes par établissement : Oui Non**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre de commandes annuelles \* | < 12 commandes | De 13 à 24 commandes | De 25 à 36 commandes | Autre | | % de remise |  |  |  |  |   *\*Nombre de commandes passées par an et par site (respect des critères de développement durable)* | | | | |
| **Optimisation : respect des colisages standards (cartons, palettes) : Oui Non**   |  |  | | --- | --- | | Remise consentie pour respect des colisages standards | **% de remise sur PUHT** | |  |  |   **ANNEXE « Colisage standards » : à renseigner par le fournisseur**  **Préciser les modalités :** | | | | |
| **Remise sur Chiffre d’Affaires (CA) réalisé : Oui Non**     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Paliers | | | | Dépassement CA en € HT | **CA> ……….. €HT** | **CA> ……….. €HT** | **CA> ……….. €HT** | | % de remise consentie (2) |  |  |  |  1. *Chiffre d’affaires annuel. Les paliers de chiffre d’affaires proposés ne pourront pas être supérieurs à l’offre globale du fournisseur* 2. *Cette remise est consentie pour la durée totale du marché, périodes de reconduction comprise* | | | | |
| **Autres suggestions** | | | | |

Nom et Prénom : ………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………….. Signature :