

**DESCRIPTION DU CRITÈRE « PRESTATIONS DU FOURNISSEUR »**

**GRILLE D'ÉVALUATION DU CRITÈRE « ENVIRONNEMENTAL »**

Filière Dispositifs Médicaux

**NOM DU FOURNISSEUR :** .....

*Les engagements signés sur ce présent document prévalent sur les conditions générales de vente éventuellement annexées par le fournisseur à son offre.*

**PRESTATIONS DU FOURNISSEUR**

**1. RÉSEAU DE VISITE COMMERCIALE :**

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, préciser les noms et coordonnées des interlocuteurs privilégiés

**2. MODALITÉS DE LIVRAISON ET FRAIS DE PORT**

- Frais de port pour livraison normale** OUI ☐ NON ☐

Si OUI, préciser la grille tarifaire

- Délai de livraison minimum pour une commande normale :** .....

- Minimum de commande** OUI ☐ NON ☐

Si OUI, préciser le montant ou la quantité

Si Oui, préciser le refus de livrer en deçà d'un montant ou d'une quantité minimum

- Livraison en urgence** **SOUS 24H** OUI ☐ NON ☐

Si OUI, heure limite de commande :

Si OUI, frais de port : OUI ☐ NON ☐

Si OUI, préciser la grille tarifaire

**SOUS 48H** OUI ☐ NON ☐

**3. REPRISE DE PRODUITS AVANT PÉREMPTION :**

OUI ☐

NON ☐

Si OUI, sans condition

☐

Si OUI, sous quelles conditions

☐

À préciser :

**4. MODALITES DE GESTION DES RUPTURES**

**Existe-t-il des règles de Communication :**

OUI ☐

NON ☐

Si OUI, selon quelles modalités (délais, moyens ...) :

**Quelles sont les règles de prise en charge de ces ruptures :**

Propositions d'alternatives

OUI ☐

NON ☐

Livraison d'une référence équivalente mais d'un autre fournisseur

OUI ☐

NON ☐

☐ Autres solutions (à préciser)

**CRITÈRE ENVIRONNEMENTAL**

**1. ÉLABORATION D'UNE CHARTE PORTANT SUR LA PROTECTION ENVIRONNEMENTALE**

OUI ☐

NON ☐

En cours ☐

Si OUI joindre une copie

**2. CERTIFICATION ISO14001**

OUI ☐

NON ☐

En cours ☐

Si OUI joindre une copie

Fait à .....

Le .....

**Signature**

**Cachet du laboratoire**