

<b>Description du critère « Prestations du fournisseur »            ‘Procédure Médicaments’</b>
---

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.**

**1. Prestations associées du fournisseur :**

- Réseau de visite médicale pour l'ensemble des adhérents venant en appui des consensus locaux et accompagnement aux changements de pratiques :

OUI                       NON

Si OUI, description détaillée du réseau à fournir annexée à l'offre, précisant les objectifs de la visite médicale sur les médicaments relatifs à cette procédure

**2. Logistique**

- Modalités de livraison et frais de port :

- Frais de port pour livraison normale                      OUI                       NON

Si OUI, préciser la grille tarifaire : .....

- Minimum de commandes                      OUI                       NON

Si OUI, préciser le montant ou la quantité : .....

Si OUI, préciser si refus de livrer en deçà d'un montant ou d'un 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

Si OUI, heure limite de commande : .....

Si OUI, frais de port :                      OUI     NON

Si OUI, préciser la grille tarifaire : .....

- Traitement des commandes exceptionnelles avec livraison les WE & jours fériés :

OUI                       NON

Si OUI, frais de port :

OUI  NON 

Si OUI, préciser la grille tarifaire : .....

**- Reprise de produits avant péremption :**OUI  NON Si OUI, sans condition Si OUI, sous conditions 

À préciser : .....

**3. Conditions commerciales sur performance****- Remises pour paiement rapide :**OUI  NON 

Si OUI, préciser :

Délais de paiement <sup>(1)</sup>	20 jours	30 jours	40 jours
% <sup>(2)</sup>			

(1) Délai écoulé entre **la date de réception** de la facture par l'établissement et la date de virement du Trésorier Principal de l'établissement.

(2) Cette remise est consentie pour la durée totale du marché, périodes de reconduction comprises.

**- Remises consenties :**

\* en fonction d'un maximum de X **(à compléter par le coordonnateur)** commandes passées/an, par entité juridique et par fournisseur (respect des critères de développement durable)

OUI  NON 

Si OUI, préciser le pourcentage : .....

Si OUI, éventuellement sous quelles conditions : .....

\* en fonction du respect des conditionnements fournisseur OUI  NON

Si OUI, préciser le pourcentage : .....

Si OUI, éventuellement sous quelles conditions : .....

Fait à .....

Le .....

**Signature****Cachet du laboratoire**