

## CHU HASSAN II FES

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR

#### 1 - SOCIETE

	réponses
Nom	
Forme juridique	
Siège social Adresse	
Code postal	
ville	
Téléphone du standard	
e-mail	
Registre du commerce (date)	
Capital social	
Nature de l'activité : <input type="checkbox"/> fabricant <input type="checkbox"/> distributeur <input type="checkbox"/> prestataire	
Nombre d'employés	
Origine des produits : 100% <input type="checkbox"/> Maroc <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> autres	Détailler provenance des matières premières et produits finis

#### 2 – SYSTEME ASSURANCE QUALITE

	réponses
Etablissement pharmaceutique	
Si oui : n° d'agrément ministériel et date	
Si oui : nom et prénom du pharmacien responsable et n° d'ordre	
Certification : <input type="checkbox"/> ISO 9001 <input type="checkbox"/> ISO 13485 <input type="checkbox"/> ISO 14001	
Nom de l'organisme certificateur	

### 3 – PHARMACOVIGILANCE

	réponses
Nom et prénom du correspondant local de matériovigilance	
Coordonnées : <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> adresse	

### 4 – INFORMATIONS MEDICALES

	réponses
Nom et prénom du manager Tel Fax Portable e-mail	
Nom et prénom du responsable grand compte Tel Fax Portable e-mail	
Nom et prénom des délégués médicaux (avec indication sur la gamme de produits présentée) Tel Fax Portable e-mail	

### 5 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### 5-1 marchés hospitaliers

Nom et prénom du responsable	réponses
Adresse	
tel	
e-mail	

### 5-2 commandes

	réponses
Nom et prénom du responsable	
Adresse de commande	
téléphone	
e-mail	
Commande par fax	
Heure limite de prise en compte	
Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande	
Commande par e-mail	
Heure limite de prise en compte	
Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande	
Commande urgente	
Heure limite de prise en compte pour réception sous 24 h	
Commande exceptionnelle le week-end ou jours fériés	
A préciser	

### 5-3 réclamations

	réponses
Nom et prénom du responsable	
Adresse	
téléphone	
fax	
e-mail	

### 5-5 sécurité d'approvisionnement

	réponses
Capacité de production en rapport avec besoin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui préciser les moyens mis en œuvre
Existence de plusieurs sources de matières premières	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : préciser le nombre de sources et localisation

Si oui, pour quels dispositifs médicaux ?	
Existence de plusieurs sites de fabrication	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, pour quels dispositifs médicaux et préciser la localisation ?	
Existence de lots d'avance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, pour quels dispositifs médicaux ?  Pour quelle durée ces lots d'avance permettent-ils de tenir pendant la rupture?	
Autre moyen mis en œuvre pour sécuriser approvisionnement	
Procédure de gestion des ruptures	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
détailler	

**5-6 autres informations**

	réponses
Conditions logistiques particulières	Si oui, développer :
formations	

informations	
Prestations supplémentaires éventuelles PSE :	