**CRITÈRES DE PRÉ-SELECTION D’UN FOURNISSEUR**

Nom et adresse du fournisseur: ……………………………

………………………………………………………………… Date d’évaluation : …………………

…………………………………………………………….......

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERES** | **NIVEAU D’IMPORTANCE** | **APPRECIATION**  **Oui / Non**  **(commentaires)** |
| **Détention de l’agrément**   * Autorisation d’ouverture * Enregistrement d’un pharmacien responsable à l’Ordre National des Pharmaciens * Attestation de situation fiscale | Indispensable |  |
| **Respect des Bonnes Pratiques de Distribution**   * Délai de livraison * Conformité de la logistique * +/- Visite du site de stockage * +/- Certificat d’analyse du produit par laboratoire de contrôle qualité | Indispensable |  |
| **Modalités de paiement acceptées des deux parties** | Indispensable |  |
| **Système de gestion des réclamations, non-conformités et contentieux** | Indispensable |  |
| **Existence d’un système d’assurance qualité**   * Déclaration de politique qualité * Manuel d’assurance qualité * Copies des procédures * Existence d’une certification par un organisme reconnu (p. normes ISO) | Indispensable |  |
| **Capacité à honorer les commandes = taux de service \***   * Demander l’avis d’autres collègues si nouveau fournisseur * Historique des livraisons si ancien fournisseur | Indispensable |  |
| **Capacité à fournir la documentation liée au produit :**   * Certificat d’analyse des lots du fournisseur * Autorisation d’enregistrement * Autorisation d’importation | Recommandé |  |
| **Capacité financière du fournisseur**  *(chiffre d’affaire, pour permettre d’honorer la livraison)* | Recommandé |  |
| **Disponibilité des produits en conditionnements hospitaliers** | Recommandé |  |
| **Ancienneté de la structure** | Souhaitable |  |

*\*Nombre de lignes de commande honorées / nombre de lignes commandées*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Résultat de l’évaluation (pré sélectionné / rejeté)  Commentaires | Visa pharmacien |
|  |  |  |