**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 |
|  |  |  |