|  |
| --- |
| Demande d’Autorisation d’Achat Hors Marché  (à remplir par le demandeur)  n° |

cid:image007.png@01D48D41.2B6DBDF0APHP.Sorbonne Université

Direction des Achats,

du Développement Durable

et de la Logistique

**Identification du Demandeur**

DMU :

Service :

Centre de coûts :

Magasin de livraison :

NOM :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

**Expression du Besoin**

Première demande  Renouvellement

Fournisseur : (code fournisseur SAP : )

Délégué commercial *– nom et coordonnées* :

Objet du besoin – *terme générique (ex : tubulures, sondes, électrodes)* :

***Tableau de recensement des besoins en page 2***

Catégorie :

DM Stérile

DM Implantable

Fourniture hôtelière, technique ou autre

DM Non Stérile

Réactif de laboratoire

Prestation hôtelière ou intellectuelle

**Argumentaire**

Concernant les produits demandés :

Concernant le choix du fournisseur :

Nombre de fournisseurs sollicités *(joindre les offres de prix/devis)* :

Le fournisseur retenu détient-il l’exclusivité ? *(si oui, joindre le certificat d’exclusivité)*  Oui  Non

Le produit souhaité est-il captif d’un équipement ?  Oui  Non

La demande concerne-t-elle un produit innovant, une nouvelle activité ou pratique ?  Oui  Non

La demande fait-elle suite à un signalement de matériovigilance ?  Oui  Non

La demande fait-elle suite à la défaillance d’un titulaire d’un marché central ?  Oui  Non

Pour les dispositifs médicaux, nom du médecin prescripteur :

|  |  |
| --- | --- |
| Pièces à joindre **obligatoirement** à votre demande :   * Offres de prix ou devis de tous les fournisseurs sollicités * Courrier du prescripteur pour les dispositifs médicaux * Certificat d’exclusivité (si nécessaire) * Marquage CE pour les dispositifs médicaux stériles ou implantables * Déclaration de conformité * Fiche technique | Pour les fournisseurs non référencés à l’APHP :   * Extrait K-Bis (<3mois) * Relevé d’identité bancaire * Attestation de coordonnées bancaires (fournisseur étranger) |
| Date :  Signature du Demandeur : | Date :  Visa du Cadre Administratif du DMU : |

****

|  |  |
| --- | --- |
| **Expertise Pharmaceutique et Avis de la DADDL** | |
| **Autorisation d’Achat Hors Marché n°** |  |

**Avis Pharmaceutique**

NOM – Prénom :

Service :

Fonction :

Téléphone :

Avis :  FAVORABLE  DEFAVORABLE

Fin de validité du Marquage CE :

Fin de validité de l’autorisation :

Commentaires :

Signé électroniquement parNOM Prénom (Code APH) le Date à Heure

**Avis du Bureau des Achats**

Dossier complet :  Oui  Non

Vérification sur les marchés centraux :

Absence d’équivalence

Equivalence détectée *(joindre fiche article/marché à la réponse)*

Mise en concurrence :  Oui  Non

Fin de validité de l’offre de prix/devis :

Groupe de marchandise :

Imputation budgétaire :

Avis :  FAVORABLE  DEFAVORABLE

Si défavorable, à justifier :

Si favorable, choix de la procédure :

Hors Marché : Transmission des codes articles SAP au Demandeur

Marché : Transmission du dossier au Bureau des Marchés pour validation

Signé électroniquement parNOM Prénom (Code APH) le Date à Heure

**Réponse du Bureau des Marchés**

**Accord pour passation de marché :  OUI  NON**

Si refus de passation, indiquer le motif :

Si accord, indiquer le numéro de marché : / Contrat-Cadre n°

Signé électroniquement parNOM Prénom (Code APH) le Date à Heure