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

APHP.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