



A retourner à :
Hôpital Saint-Joseph
 26 bd de Louvain
 13 285 MARSEILLE CEDEX 08

Mme M. GINESTE
 tél : 04/91/80/82/22
 fax : 04/91/80/69/27
mgineste@hopital-saint-joseph.fr

N° TVA intracommunautaire : FR04445174675

IDENTIFICATION

Raison sociale de votre société - Contacts - Société mère - Effectif - Chiffre d'affaires hors taxe en 2008	Raison sociale Dirigeant(s) Resp.commercial Tél. En France€ A l'export€
Activité / cycle de vie des produits - Produit(s) - Durée de vie du matériel (en tenant compte de la résistance, des conditions d'utilisation et des évolutions technologiques...) - Reprise de matériel en fin de vie pour recyclage ou valorisation lors de la vente de nouveau matériel (obligation réglementaire D2005-829) - Recyclabilité de la plate forme Echographique (préciser les éléments valorisables en fin de vie du produit et la part qu'il représentent en % du poids total du matériel) - Recyclabilité des sondes (préciser les éléments valorisables en fin de vie du produit et la part qu'il représentent en % du poids total du matériel)

Matériel spécifique

Certification / démarche de Développement Durable (* merci d'entourer la case correspondante)

- Certification ISO*?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
si oui, laquelle?.....		
- Démarche HACCP*?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Certification environnementale 14001*?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Développement durable

- Disposez vous d'un Ecolabel NF environnement ou équivalent (si oui préciser les produits concernés)?

- Votre Société participe-t-elle à des groupes de travail relatifs au Développement Durable ?

CTBA AFNOR Autre Précisez :

- Pourriez-vous décrire les avantages du (des) produit(s) en terme d'économie d'énergie ?

- Vos emballages sont-ils recyclables ?

OUI NON

- L'emballage provient-il de produits recyclés?

OUI NON



A retourner à : Hôpital Saint Joseph 26 bd de Louvain 13 285 MARSEILLE CEDEX 08 N° TVA intracommunautaire : FR04445174675	tél : fax : mail :
---	--

FICHE FOURNISSEUR

JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CE QUESTIONNAIRE UNE FACTURE PRO FORMAT ET UN RIB

Raison sociale de votre société et adresse du siège social?	RAISON SOCIALE Forme Juridique ADRESSE TEL FAX EMAIL CONTACT Mme/Mr.....
Adresse de facturation à laquelle nous devons faire parvenir nos règlements (si différente du siège social)?	RAISON SOCIALE ADRESSE TEL FAX EMAIL
Adresse de commande à laquelle nous devons faire parvenir nos commandes (si différente du siège social)?	RAISON SOCIALE ADRESSE TEL FAX EMAIL
Conditions et mode de règlement convenus avec notre acheteur? (sauf si essai de dispositifs médicaux)	<u>AU COMPTANT ESCOMPTE CONSENTI</u>% par mois <u>*A TERME A</u> (entourer SVP) 20 30 60 75 90 JOURS NET FIN DE MOIS NET DECADE FIN DE DECADE PAR CHEQUE PAR VIREMENT
Quel est le numéro de client attribué dans votre société à l'Association Hôpital Saint Joseph?	
Quel est votre délai de livraison à partir de la réception de la commande?	
Quel est votre minimum de commande? (à exprimer en montant TTC)	
Montant à partir duquel vos conditions sont franco de port? (à exprimer en montant HT)	
code NAF (ex APE) (4 chiffres) code SIRET (14 chiffres)	<input type="checkbox"/>
Code TVA intra-communautaire (13 chiffres)	<input type="checkbox"/>

(*) Le point de départ du calcul de l'échéance est la date de la facture.

