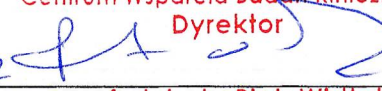


Formularz kwalifikacji dostawcy usług transportowych

Tytuł:	Kryteria kwalifikacji i karta oceny dostawcy usług transportowych.	Wersja: 01 Obowiązuje od dnia: 01.08.2022
Sporządził:	mgr farm. Magdalena Jaskólska	
Zweryfikował:	dr n. med., mgr. farm. Damian Świeczkowski	
Zatwierdził:	prof. dr hab. Piotr Widłak	Data, podpis 01/08/2022  Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Dyrektor prof. dr hab. Piotr Widłak
Historia		
Wersja	Data obowiązywania	Opis zmiany
01		Nowy dokument

- Proszę o krótkie i precyzyjne odpowiedzi na postawione pytania.
- Jeżeli przy odpowiedziach widnieją kwadraty, proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem **X**.
- Proszę o wypełnienie wszystkich pól, jeśli nie dotyczy, proszę o wpisanie **ND**.
- Do kwestionariusza proszę dołączyć kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje, certyfikaty, świadectwa zgodności itp.

1. Informacje ogólne dotyczące Wykonawcy usługi transportowej.

Informacje Ogólne:	
1. Nazwa dostawcy	
2. Adres siedziby dostawcy	
3. Dane do kontaktu	
4. Telefon	
5. Adres email	
6. Krótki opis usługi świadczonej na rzecz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego	

7. Czy firma jest pionem innej korporacji?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, proszę sprecyzować:
8. Czy cała usługa jest zawsze świadczona przez Państwa firmę?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli nie, proszę sprecyzować:
9. Czy Państwa firma posiada certyfikat GDP?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, proszę o dołączenie do formularza
10. Czy posiadają i stosują Państwo wewnętrzne Procedury/Instrukcje zgodne z GDP?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	

2. Informacje ogólne dotyczące świadczonych usług.

Transport - warunki transportu:		
1. Czy świadczą Państwo usługi dla przemysłu farmaceutycznego, medycznego i/lub spożywczego?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2. Czy świadczą Państwo usługi transportu w ciepłym łańcuchu dostaw? (15°C-25°C)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3. Czy świadczą Państwo usługi transportu w zimnym łańcuchu dostaw? (2°C-8°C)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4. Czy świadczą Państwo inne niż transport usługi dla Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego? Jeśli tak, proszę wymienić inne świadczone usługi:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5. Czy wykorzystują Państwo Komory Przeładunkowe do transportu towaru? Jeśli tak, czy są to własne Komory Przeładunkowe? Proszę sprecyzować:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6. Czy warunki przechowywania transportowanych produktów w Komorze Przeładunkowej są kontrolowane?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/>
7. Czy posiadają i stosują Państwo Procedury/Instrukcje zgodne z GDP w Komorze Przeładunkowej?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/>

8. Czy Przewoźnicy/Kierowcy są regularnie szkoleni z zakresu realizacji usługi transportowej, w tym z postępowania w przypadku awarii, odchyień temperaturowych?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
9. Czy Przewoźnicy/Kierowcy są przeszkoleni i wyposażeni w odpowiedni sprzęt na wypadek rozlania/zniszczenia produktów toksycznych np. leków cytostatycznych?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
10. Czy procedury odbioru i wydania towaru są udokumentowane?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
11. Czy istnieją procedury dotyczące monitorowania temperatury w transporcie?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
12. Czy temperatura w przestrzeni ładunkowej/urządzeniu chłodniczym pojazdu jest kontrolowana i dokumentowana?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
13. Czy wilgotność w komorze ładunkowej pojazdu (RH%) jest kontrolowana i dokumentowana?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
14. W jaki sposób monitorowana jest temperatura podczas transportu? <input type="checkbox"/> Zdalne monitorowanie <input type="checkbox"/> Kontrola kierowcy <input type="checkbox"/> Inne Jeśli inne, proszę sprecyzować:		
15. Czy posiadacie Państwo aktualne świadectwo wzorcowania przyrządów pomiarowych służących do monitorowania temperatury i/lub wilgotności podczas transportu? Jeśli tak, proszę podać datę ostatniego wzorcowania:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
16. Czy przestrzeń ładunkowa pojazdów jest mapowana?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
17. Czy przeprowadzane są kontrole dotyczące sposobu załadunku towaru w przestrzeni ładunkowej (ochrona przed przemieszczaniem/upadkiem/zgnieceniem produktu)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
18. Czy istnieje system do zdalnej obsługi jednostki podczas transportu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Transport – kwalifikacja sprzętu/przeglądy techniczne:		
1. Czy pojazdy są sprawdzane pod kątem stanu technicznego przed wyjazdem?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2. Z jaką częstotliwością wykonywane są przeglądy pojazdów? <input type="checkbox"/> Tygodniową <input type="checkbox"/> Miesięczną <input type="checkbox"/> Kwartalną <input type="checkbox"/> Pół-roczną <input type="checkbox"/> Roczną <input type="checkbox"/> Inną – proszę sprecyzować:		
3. Jakie urządzenia/systemy są sprawdzane podczas kontroli?		
4. Z jaką częstotliwością testowane są urządzenia chłodnicze? <input type="checkbox"/> Tygodniową <input type="checkbox"/> Miesięczną <input type="checkbox"/> Kwartalną <input type="checkbox"/> Pół-roczną <input type="checkbox"/> Roczną <input type="checkbox"/> Inną – proszę sprecyzować:		
5. Jakie metody testowe używane są do sprawdzenia urządzeń chłodniczych?		
6. Czy metody testowe dla urządzeń chłodniczych zostały poddane procesowi walidacji?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
7. Czy wykonywana jest rutynowa kontrola przestrzeni ładunkowej mająca na celu wykrycie zanieczyszczeń, owadów, gryzoni, dziur, wystających obiektów, zapachów, zalania, korozji itp.? Jeśli tak, z jaką częstotliwością:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

o Tygodniową <input type="checkbox"/> Miesięczną <input type="checkbox"/> Kwartalną <input type="checkbox"/> Pół-roczną <input type="checkbox"/> Roczną <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inną – proszę sprecyzować:	
8. Czy używane są rozpuszczalniki, smary lub inne materiały, które mogą wejść w kontakt z transportowanym towarem? Jeśli tak, jakie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
9. Czy posiadacie własne urządzenia kontrolna i konserwacyjne?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
10. Jeśli utrzymanie sprzętu jest zakontraktowane, jaka firma zewnętrzna jest odpowiedzialna za przeglądy/naprawę sprzętu?	

Transport – odchylenia (postępowanie w razie uszkodzenia/zniszczenia towaru):	
1. Czy obowiązują wymogi dotyczące sposobu powiadamiania biura przewoźnika przez kierowcę o uszkodzeniach powstałych podczas przewozu?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2. Jeśli towar jest uszkodzony/zniszczony, czy kierowca zachowuje wszystkie uszkodzone/zniszczone produkty?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3. Jeśli produkt nie może być zachowany (np. uszkodzona butelka szklana) czy kierowca robi inwentaryzację ilości materiałów zniszczonych i odrzuconych?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4. Czy kierowca przepakuje uszkodzony/zniszczony towar?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
5. Jeśli odchylenie wystąpi podczas rozpakowywania lub inspekcji czy tworzone są raporty z niezgodności? Jeśli tak, czy wszystkie transportowane opakowania są przechowywane w tzw. „kwarantannie” aż do zakończenia postępowania wyjaśniającego?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
6. Czy istnieje zdefiniowany proces postępowania z odchyleniami temperatury w transzycie lub awariami mechanicznymi?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
7. Jeśli wystąpi awaria, w jaki sposób kontrolowana jest temperatura?	

Komentarz dostawcy:
Proszę o dostarczenie dodatkowych informacji dotyczących Państwa firmy, o których Gdański Uniwersytet Medyczny powinien przed podpisaniem umowy zostać powiadomiony.

Wypełnia Wykonawca Usługi:

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

MIEJSCOWOŚĆ i DATA

.....

CZYTELNY PODPIS

Wypełnia Zleceniodawca Usługi:

Oświadczam, że formularz został zweryfikowany i zaakceptowany.

.....

MIEJSCOWOŚĆ i DATA

.....

CZYTELNY PODPIS