**DOCUMENT DE RÉPONSE DU SOUMISSIONNAIRE**

**Veuillez donner des réponses à chaque question.**

Des lignes supplémentaires peuvent être insérées pour toutes les questions en cas de besoin.

**Section 1 - Expérience du Soumissionnaire**

1. Veuillez décrire l’expérience de la société dans la livraison des marchandises, la prestation des services ou l’exécution des travaux exigés. Cela doit inclure toute expérience démontrée de livraison passée, ou d’exécution de tout service à valeur ajoutée.

|  |
| --- |
|  |

**Section 2 - Renseignements sur la société du soumissionnaire**

1. Renseignements généraux

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la société : | | | | | | |
| Nombre d'années d’exercice dans le pays : | | | | | | |
| Nom de la société (si différent) : | | | | | | |
| Tous les autres noms commerciaux de la société: | | | | | | |
| Nom du premier Contact : | | | Fonction | | | |
| Téléphone : | | | Fax : | | | |
| Email : | | | Site Web : | | | |
| Adresse Principale : | | Adresse Enregistrée : | | | Adresse de Paiement : | |
| Numéro matricule de la société |  | | | Date d'enregistrement : | |  |
| Numéro matricule de la TVA/Taxe : |  | | | Chiffre d'affaires annuel : | |  |
| Noms des directeurs de la société : | | | | | | |
| Nom du siège: | | | | | | |
| Localisation du siège social: | | | | | | |
| Rapport légal avec le siège social : | | | | | | |

1. Veuillez donner les détails d’au moins 3 références que Malaria Consortium peut contacter (de préférence des ONG/ organisations humanitaires ayant des exigences comparables aux exigences de Malaria Consortium).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 1** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire de contrat : |  |
| Nom du Contact |  | Numéro de téléphone |  | Adresse Email |  |
| Sommaire des marchandises/ services assurés : | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 2** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire de contrat : |  |
| Nom du Contact |  | Numéro detéléphone |  | Adresse Email |  |
| Sommaire des marchandises/ services assurés : | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 3** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire de contrat : |  |
| Nom du Contact |  | Numéro de téléphone |  | Adresse Email |  |
| Sommaire des marchandises/ services assurés : | | | | | |

La réponse donnée par les organisations ci-dessus sera considérée comme une référence. Si tout ou partie des renseignements fournis devait s’avérer fausse suite aux contrôles de référence, votre réponse à ce RFP sera disqualifiée.

1. Veuillez donner les détails de vos trois plus grands clients, et indiquer à quelle hauteur ils ont contribué à votre chiffre d'affaires l’année dernière :

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisations clientes** | **% de contribution au chiffre d'affaires** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

1. Veuillez donner les détails de toutes les polices d’assurances appropriées contractées par la société. Celles-ci doivent inclure la couverture du perte ou vol d’argent pendent une livraison.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type assurance | Brève description de ce que l'assurance couvre | Valeur de réclamation maximum | Toutes restrictions applicables sur l'assurance |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Veuillez joindre une copie de toutes les assurances à votre offre.

1. Mettez-vous les politiques suivantes en application dans votre société ? Si oui veuillez joindre une copie de chacune à votre offre.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Politiques** | **Oui/Non** | Faites ressortir la manière dont ces politiques sont incluses et appliquées dans votre organisation |
| Fraude et corruption |  |  |
| Politique d’égalité et de diversité |  |  |
| Politique Environnementale |  |  |
| Politique de Gestion de Qualité |  |  |
| Politique de Santé et de sécurité |  |  |

1. Décrivez comment vous respectez les exigences législatives et réglementaires Financier

|  |
| --- |
|  |

1. Sous-traiterez-vous des activités afin d’approvisionner Malaria Consortium?

Oui  Non

Si oui, donnez les détails sur les sous-traitants et les types d’opérations qu’ils auront à effectuer :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sous-traitants** | **Adresse** | **Opérations** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Donnez les détails sur les endroits où sont localisés vos bureaux, ou des bureaux de vis sous-traitants dans le pays.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Localisation du bureau | Services couverts par le bureau | Nombre total d’employés | Présence depuis (année) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

**Section 3 - Déclaration du soumissionnaire :**

Nous, le soumissionnaire, déclarons par la présente que nous sommes en conformité avec:

* Les Modalités d'achat de Malaria Consortium
* La Politique de protection de l'enfant de Malaria Consortium
* La politique antifraude et anti-Corruption de Malaria Consortium
* La Politique Anti-Corruption de Malaria Consortium

*Note : Les modalités et les politiques peuvent être trouvées à la fin du document de RFP.*

|  |
| --- |
| Nous confirmons également que Malaria Consortium peut s’appuyer sur les informations fournies dans ce document afin d’analyser notre offre,  Je (Nom), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Fonction) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  suis autorisé à représenter le soumissionnaire ci-dessus-détaillé et à entamer des négociations commerciales en son nom.  La société.....................................................................................................................    Date ................................................................................ |