**À propos de ce document de réponse du soumissionnaire :**

Les questions de ce BRD seront utilisées pour évaluer votre capacité à fournir le produit / service / travail pour lequel vous soumissionnez. La matrice de notation BRD et les critères d’évaluation se trouvent dans le document d’appel d’offres et seront utilisés pour évaluer vos réponses, nous nous attendons donc à des réponses détaillées pour évaluer votre soumission de manière juste et précise. Veuillez donner vos réponses directement dans le document (pas d’écriture).

**Section 1 - Expérience du soumissionnaire**

1. Veuillez décrire l’expérience de l’entreprise dans la fourniture des produits, services ou travaux requis. Cela devrait inclure une expérience démontrée de la prestation dans le passé, de tout service à valeur ajoutée.

Par exemple « 500 mots maximum » - possibilité de joindre n’importe quel document pertinent

|  |
| --- |
|  |

**Section 2 - Renseignements sur l’entreprise du soumissionnaire**

1. Informations générales

|  |
| --- |
|  Nom de l’entreprise : |
| Nombre d’années d’exploitation dans le pays de constitution :  |
| Nom enregistré de la société (si différent): |
| Tout autre nom commercial de la société: |
| Nom de la personne-ressource principale : | Titre du poste: |
| Téléphone: | Fax: |
| Messagerie électronique: | Site internet:  |
| Adresse principale : | Adresse enregistrée: | Adresse de paiement: |
| Numéro d’enregistrement de la société |  | Date d’inscription : |  |
| Numéro d’immatriculation TVA/Taxe : |  | Chiffre d’affaires annuel (ajouter une devise) : |  |
| Noms des administrateurs de la société : |
| Nom de toute société mère:  |
| Lieu du siège social de la société mère: |
| Relation juridique avec la société mère: |

1. Est-ce que l’un des représentants de l’entreprise ou l’entreprise a été impliqué dans une entreprise qui a:

|  |  |
| --- | --- |
| a) Vous avez été liquidé? | Oui/Non |
| b) Mis sous séquestre? | Oui/Non |
| c) Vous avez fait l’objet d’une ordonnance de liquidation? | Oui/Non |
| d) Vous avez fait l’objet d’une ordonnance de séquestre? | Oui/Non |
| e) Vous n’avez pas payé d’impôts? | Oui/Non |
| f) Vous n’avez pas payé les cotisations de sécurité sociale? | Oui/Non |
| g) Déclaré personnellement en faillite ou insolvable? | Oui/Non |
| Reconnu coupable d’une infraction criminelle pertinente à son entreprise ou à sa profession? | Oui/Non |
| i) Reconnu coupable de fraude, corruption, pots-de-vin, blanchiment d’argent et détournement de fonds | Oui/Non |
| j) Vous avez été employé par le Malaria Consortium? | Oui/Non |
| k) Avez-vous un parent employé par le Malaria Consortium? | Oui/Non |
| l) vous êtes rendu coupable d’une fausse déclaration grave en fournissant des informations exigées de vous en vertu des lois et règlements de votre pays? | Oui/Non |

1. Avez-vous été condamné au cours des trois dernières années pour un litige matériel ou d’autres procédures judiciaires (civiles ou pénales) liées à des projets similaires contre votre entreprise, sa société mère?

|  |
| --- |
| Oui/NonCommentaire: |

1. Votre entreprise est-elle inscrite à un registre du commerce ou de la profession?

|  |
| --- |
| Oui/NonDans l’affirmative, veuillez donner des précisions: |

1. Veuillez fournir les détails suivants pour au moins 3 références de clients que Malaria Consortium peut contacter (de préférence des organisations ayant des profils / exigences similaires).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 1** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire du contrat : |  |
| Nom de la personne-ressource |  | Numéro de téléphone |  | Adresse courriel |  |
| Aperçu des biens / services fournis:  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 2** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire du contrat : |  |
| Nom de la personne-ressource |  | Numéro de téléphone |  | Adresse courriel |  |
| Aperçu des biens / services fournis:  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom duclient 3** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire du contrat : |  |
| Nom de la personne-ressource |  | Numéro de téléphone |  | Adresse courriel |  |
| Aperçu des biens / services fournis:  |

**N.B.** La réponse des organisations clientes à cette question agira également en tant que vos référents. Si l’une des informations fournies est jugée fausse à la suite de vérifications des références, votre réponse à cette DP sera disqualifiée.

1. Veuillez fournir des détails sur vos trois plus gros clients et indiquer combien ils ont contribué à votre chiffre d’affaires au cours de la dernière année :

|  |  |
| --- | --- |
| **Client organisation** | **% Contribution au chiffre d’affaires en 2023** |
| 1. |   |
| 2. |   |
| 3. |   |

1. Votre organisation paie-t-elle des impôts dans le pays de résidence (TVA, impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés, assurance nationale)?

|  |
| --- |
| Oui/NonCommentaire : |

1. Veuillez décrire tout changement majeur (p. ex. fusions, acquisitions, partenariats) prévu dans votre organisation au cours des deux prochaines années) :

|  |
| --- |
| Commentaire:  |

**Section 3 – Gouvernance**

La gouvernance englobe le système par lequel une organisation est contrôlée et fonctionne, et les mécanismes par lesquels elle-même, et ses employés, sonttenus de rendre des comptes (éthique, gestion des risques, conformité et administration)

1. Appliquez-vous les politiques suivantes au sein de votre entreprise? **Si oui, veuillez fournir une copie avec votre offre**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Politiques et procédures** | **Oui / Non** | Décrivez comment ces politiques sont intégrées et respectées au sein de votre organisation. See questions supplémentaires ci-dessous. |
| Code de conduite |  |  |
| Procédure de soufflage de guidage W |  |  |
| Politique et procédures en matière de ressources humaines sur la rémunération, le perfectionnement du personnel, l’évaluation du rendement au travail |  |  |
| Procédure relative aux conflits d’intérêts |  |  |
|  Politique en matière de fraude et de corruption |  |  |
| Politique d’égalité et de diversité |  |  |
| Politique de l’environnement |  |  |
| Politique de gestion de la qualité |  |  |
| Politique de protection des données |  |  |
| Politique de santé et de sécurité |  |  |
| Politique de sauvegarde |  |  |
| Politique de recrutement |  |  |
| Politique d’approvisionnement |  |  |
| Politique de durabilité |  |  |
| Politique de responsabilité sociale de l’entreprise |  |  |

1. Comment les politiques et procédures de santé et de sécurité de l’entreprise sont-elles transmises au personnel et comment mesurez-vous le rendement en matière de santé et de sécurité?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

1. Protection des données : Comment votre organisation gère-t-elle le stockage et le traitement des informations confidentielles ?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

1. Protection des données: Votre organisation ou un tiers traitera-t-il ou stockera-t-il des données personnelles?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

Chez Malaria Consortium, nous définissons la sauvegarde comme « la combinaison de politiques et d’actions entreprises pour protéger les enfants et les adultes en situation de vulnérabilité en atténuant les risques, en répondant et en renvoyant les cas, afin de garantir qu’aucun préjudice ne résulte de l’association avec l’organisation ». Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la politique jointe au document de DP.

1. Avez-vous une ou plusieurs personnes nommées et désignées au sein de l’organisation pour les questions relatives à la sauvegarde?

|  |
| --- |
| Oui/NonCommentaire: |

1. Assurez-vous que tout le personnel sait où accéder à l’information sur la protection et qui contacter pour obtenir des conseils et des orientations?

|  |
| --- |
| Oui/NonCommentaire: |

1. Avez-vous mis en place un système de formation et de perfectionnement qui comprend les politiques et procédures pertinentes en matière de ressources humaines?

|  |
| --- |
| Oui/NonCommentaire: |

1. Veuillez décrire ce que l’organisation a mis en place pour lutter contre le harcèlement, le harcèlement et l’exploitation sexuelle, les abus et le harcèlement.

|  |
| --- |
| Commentaire: |

1. Veuillez fournir des détails sur toutes les assurances pertinentes détenues par la société. La preuve doit comprendre le nom des assureurs, les dates d’expiration et les limites de tout incident donné, ainsi que les plafonds globaux annuels et les franchises en vertu des polices. Pour le transport de marchandises ou de personnes, ceux-ci doivent inclure les accidents de véhicules pour couvrir les accidents éventuels, ainsi que les marchandises en transit qui doivent couvrir tout type de pertes ou de dommages aux marchandises pouvant survenir au cours de toutes les opérations de transport.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’assurance | Brève description de ce que couvre l’assurance | Valeur de la revendication M maximale  | Toute restriction pertinente sur l’assurance |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Pertinent pour le transport - Veuillez confirmer que si votre couverture d’assurance ne répond pas actuellement aux exigences du Malaria Consortium telles qu’énoncées dans les termes et conditions du contrat, vous serez prêt à augmenter les niveaux en conséquence si votre organisation obtient le contrat

|  |
| --- |
| Commentaire: |

1. Quel type d’assurance avez souscrite pour la sécurité de votre parc ? assurance tierce ? ou tout risque ?

|  |
| --- |
| Oui/NonCommentaire: |

1. Votre organisation dispose-t-elle d’une stratégie, d’une politique ou d’un plan d’action en matière de carbone, de changement climatique ou d’efficacité énergétique ?

|  |
| --- |
| Oui/NonCommentaire: |

1. Votre organisation surveille-t-elle et réglemente-t-elle les domaines suivants dans le cadre de ses opérations ?

|  |  |
| --- | --- |
| a) Consommation d’énergie / émissions de carbone | Oui/Non |
| b) Utilisation de l’eau | Oui/Non |
| b) Déchets solides | Oui/Non |
| Dans l’affirmative, veuillez présenter des preuves documentaires. Indiquez si vous êtes joint et mentionnez le numéro de section ou de page pertinent. | Oui/Non |

1. Allez-vous sous-traiter des activités afin d’approvisionner Malaria Consortium?

Oui Non[ ] [ ]

Dans l’affirmative, veuillez donner des précisions sur les sous-traitants concernés et sur les opérations qu’ils effectueraient:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sous-traitant** | **Emplacement** | **Opération**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Quelles opérations ces fournisseurs effectueraient-ils en votre nom?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

1. Comment votre organisation effectue-t-elle une diligence raisonnable pour les fournisseurs d’intégration (veuillez décrire le processus de vérification)?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

1. Veuillez décrire le processus de sourcing et de sélection de votre organisation

|  |
| --- |
| Commentaire: |

**Section 5 – Déclaration du soumissionnaire :**

Nous, le soumissionnaire, confirmons par la présente notre conformité avec :

* Conditions générales d’achat du Malaria Consortium
* Politique de sauvegarde du Malaria Consortium
* Politique anti-fraude et anti-corruption du Malaria Consortium
* Politique anti-corruption du Malaria Consortium

*Remarque : Les modalités et les politiques se trouvent à la fin du document de DP.*

|  |
| --- |
| Nous confirmons également que Malaria Consortium peut, dans son examen de notre offre, et par la suite, s’appuyer sur les informations fournies dans ce document et avoir le droit d’organiser une visite sur place et tout audit si cela est jugé nécessaire.I (nom) \_\_\_\_Je suis autorisé à représenter la société susmentionnée et à prendre des engagements commerciaux en son nom.Compagnie.................................................................................Date..........................................Timbre........................................... |