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

Les questions de ce PQQ seront utilisées pour évaluer votre aptitude à fournir le produit/ service / travail pour lequel vous soumissionnez. La matrice de notation suivante sera utilisée pour évaluer vos réponses, nous nous attendons donc à ce que des réponses détaillées évaluent votre offre de manière juste et précise.

|  |  |
| --- | --- |
| **Score d’évaluation** | **Score** |
| Question sans réponse | 0 |
| **Très médiocre** : ne démontre pas la capacité, l’aptitude, l’expérience et les antécédents requis. | 1 |
| **Médiocre :** preuves limitées de la capacité, l’aptitude, l’expérience et des antécédents requis. | 2 |
| **Satisfaisant** : fournit suffisamment de preuves de la capacité, l’aptitude, l’expérience et des antécédents requis pour entreprendre les services. | 3 |
| **Bien** : démontre une bonne preuve de la capacité, l’aptitude, l’expérience et des antécédents requis qui répondent aux exigences de service. | 4 |
| **Très bon** : montre des preuves considérables de la capacité, l’aptitude, d’expérience et des antécédents dans tous les domaines. | 5 |

**Section 1 - Expérience du soumissionnaire**

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

|  |
| --- |
|  |

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

1. Informations générales

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’entreprise : | | | | | | |
| Nombre d’années d’exploitation dans le pays: | | | | | | |
| Nom enregistré de la société (s’il est différent): | | | | | | |
| Tout autre nom commercial de la société: | | | | | | |
| Nom du contact principal : | | | Titre du poste: | | | |
| Téléphone: | | | Fax: | | | |
| Messagerie électronique: | | | Site internet: | | | |
| Adresse principale : | | Adresse du siège social : | | | Adresse de paiement : | |
| Numéro d’enregistrement de la société |  | | | Date d’inscription : | |  |
| Numéro d’immatriculation à la TVA/taxe : |  | | | Chiffre d’affaires annuel (ajouter la 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: | | | | | | |

L’un des directeurs, administrateurs, associés de la société a-t-il été impliqué dans une société qui a :

|  |  |
| --- | --- |
| a) été liquidé? | Oui/Non |
| b) Mis sous séquestre? | Oui/Non |
| c) fait l’objet d’une ordonnance de liquidation? | Oui/Non |
| d) fait l’objet d’une ordonnance de séquestration? | Oui/Non |
| e) pas payé d’impôts? | Oui/Non |
| f) pas payé les cotisations de sécurité sociale? | Oui/Non |
| g) financé des activités terroristes? | Oui/Non |

L’un des directeurs, administrateurs, associés de la société a-t-il été:

|  |  |
| --- | --- |
| a) Déclaré personnellement en faillite ou insolvable? | Oui/Non |
| b) Condamné pour une infraction criminelle liée à leur entreprise ou à leur profession? | Oui/Non |
| b) Condamné pour fraude, corruption, pots-de-vin, blanchiment d’argent, détournement de fonds | Oui/Non |
| c) Employé par Malaria Consortium? | Oui/Non |
| d) Un parent employé par Malaria Consortium? | Oui/Non |

Votre entreprise a-t-elle déjà eu un contrat non renouvelé en raison d’un défaut d’exécution de ses conditions?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Si oui, veuillez donner des détails : |

Votre entreprise a-t-elle déjà eu un contrat résilié prématurément par manquement à l’exécution ?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Si oui, veuillez donner des détails : |

Votre organisation a-t-elle?

|  |  |
| --- | --- |
| a) été reconnu coupable d’une infraction pénale liée à la conduite de votre entreprise ou de votre profession; | Oui/Non |
| b) commis un acte de faute grave dans le cadre de votre entreprise ou de votre profession; | Oui/Non |
| c) manqué aux obligations relatives au paiement des cotisations de sécurité sociale en vertu de la loi de toute partie du Royaume-Uni ou de l’État concerné dans lequel vous êtes établi; | Oui/Non |
| d) manqué aux obligations relatives à l’établissement d’impôts en vertu de la loi de toute partie du Royaume-Uni ou du pays concerné dans lequel vous êtes établi ; ou | Oui/Non |
| e) rendu coupable de fausses déclarations graves en fournissant toute information exigée de vous en vertu des lois et règlements de votre pays | Oui/Non |

Votre entreprise est-elle inscrite à un registre du commerce ou à un ou plusieurs registres professionnels?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Si oui, veuillez donner des détails : |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 1** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire du contrat : |  |
| Nom du contact |  | Numéro de téléphone |  | Adresse e-mail |  |
| Aperçu des biens / services fournis: | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 2** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire du contrat : |  |
| Nom du contact |  | Numéro de téléphone |  | Adresse e-mail |  |
| Aperçu des biens / services fournis: | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom of client 3** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire du contrat : |  |
| Nom du contact |  | Numéro de téléphone |  | Adresse e-mail |  |
| Aperçu des biens / services fournis: | | | | | |

Les organisations clientes qui répondront à cette question agiront également en tant que références. Si l’un des renseignements fournis est jugé faux à la suite de vérifications des références, votre réponse à cette soumission sera disqualifiée.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisation du client** | **% Contribution au chiffre d’affaires** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

Merci de fournir une copie de toutes les assurances avec votre offre.

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

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire : |

**Section 3 – Gouvernance interne**

La gouvernance englobe le système par lequel une organisation est contrôlée et fonctionne, et les mécanismes par lesquels elle et son personnel sont tenus responsables (éthique, gestion des risques, conformité et administration)

Appliquez-vous les politiques suivantes au sein de votre organisation? Si oui, veuillez fournir une copie accompagnant votre offre.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Politiques et procédures** | **Oui / Non** | Décrivez comment ces politiques sont intégrées et respectées au sein de votre organisation |
| Code de conduite |  |  |
| Procédure de dénonciation |  |  |
| Politique sur la fraude et la corruption |  |  |
| Politique d’égalité et de diversité |  |  |
| Politique de l’environnement |  |  |
| Politique de gestion de la qualité |  |  |
| Politique de santé et de sécurité |  |  |
| Politique de protection des enfants et personnes vulnérables |  |  |
| Politique de recrutement |  |  |
| Politique de responsabilité sociale des entreprises |  |  |

Votre organisation reconnaît-elle et comprend-elle les conventions de l’Organisation internationale du travail (OIT)?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Comment votre organisation gère-t-elle les conflits d’intérêts ?

|  |
| --- |
| Commentaires: |

**Règlement général sur la protection des données (GDPR)**

Comment votre organisation gère-t-elle le stockage et le traitement des informations confidentielles ?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

**Sauvegarde**

Avez-vous une structure de responsabilisation claire pour vous assurer que tous les membres du personnel comprennent leur place dans l’organisation et comment ils reçoivent un soutien et des conseils sur les questions de protection des enfants et personnes vulnérables?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Veuillez confirmer si l’intégration de tous nouveaux employés comprend des informations sur la protection de groupes vulnérables et la façon de signaler les abus, et veuillez inclure les politiques que vous avez pour signaler les allégations faites et la dénonciation?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Vous assurez-vous que tout le personnel sait comment accéder aux différentes politiques et procédures internes et qui contacter pour obtenir des conseils et des orientations?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Avez-vous un code de conduite qui favorise des pratiques de travail appropriées, avec des attentes claires en matière de comportement du personnel?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

L’organisation s’engage-t-elle à respecter le principe de « tolérance zéro » en matière d’intimidation, de harcèlement et d’exploitation sexuelle, d’abus, de harcèlement? Dans l’affirmative, veuillez décrire ce que l’organisation a mis en place pour remédier à ces comportements.

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

**Assurance**

Veuillez fournir des détails sur toutes les assurances pertinentes détenues par la société. La preuve devrait inclure le nom des assureurs, les numéros de police, les dates d’expiration et les limites pour un incident donné et les plafonds globaux annuels et les excédents en vertu des polices.

Pour le transport de marchandises ou de personnes, ceux-ci doivent inclure les accidents de véhicule pour couvrir tout accident, ainsi que les marchandises en transit qui doivent couvrir tout type de pertes ou de dommages aux marchandises qui peuvent survenir au cours de toutes les opérations de transport.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’assurance | Brève description de ce que l’assurance couvre | Valeur de la réclamation Maximum | Toute restriction pertinente à l’assurance |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Si votre assurance ne répond pas actuellement aux exigences du Malaria Consortium telles qu’énoncées dans les conditions générales du contrat, serez-vous prêt à augmenter le niveau de couverture en conséquence si votre organisation obtient le contrat.

|  |
| --- |
| Commentaire: |

**Litiges**

Y a-t-il des litiges importants en cours ou d’autres procédures judiciaires liées à des projets similaires contre votre entreprise, sa société mère et / ou l’un de ses membres de la chaîne d’approvisionnement nommés (sous-traitants)?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Y a-t-il eu des poursuites judiciaires liées à des projets similaires contre votre entreprise, sa société mère et /ou l’un de ses membres désignés de la chaîne d’approvisionnement (sous-traitants) au cours des trois dernières années?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

**Santé et sécurité**

Comment les politiques et procédures de santé et de sécurité de l’entreprise sont-elles transmises au personnel?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

Surveillez-vous la performance de votre entreprise en matière de santé et de sécurité ?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

**Questions environnementales**

Votre organisation a-t-elle une politique de durabilité et/ou de gestion environnementale ?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

La politique de développement durable et/ou de gestion environnementale de votre organisation répond-elle aux normes du système de gestion et d’audit écologique (EMAS), ISO14001, EN16001 ou équivalent ?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

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

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Votre organisation a-t-elle une stratégie d’approvisionnement durable ?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Votre organisation élimine-t-elle les déchets générés lors de la fabrication ou de la fourniture de votre produit ou service ?

|  |
| --- |
| *Si oui, veuillez donner des détails spécifiques sur les différents types de déchets et la façon dont ils sont éliminés et référencer le numéro de section / page pertinent de votre POS interne.* |

Votre organisation utilise-t-elle des matériaux recyclables ou réutilisables ?

|  |
| --- |
| Oui/Non  Commentaire: |

Votre organisation surveille-t-elle et réglemente-t-elle les domaines suivants au sein de ses opérations?

|  |  |
| --- | --- |
| a) Consommation d’énergie / émissions de carbone | Oui/Non |
| b) Consommation d’eau | Oui/Non |
| b) Déchets solides | Oui/Non |
| Si oui à l’un des points ci-dessus, plaidez présenter des preuves documentaires. Indiquez si vous êtes joint et mentionnez le numéro de section / page pertinent. | Oui/Non |

Votre organisation a-t-elle été poursuivie en lien avec la législation environnementale ?

|  |
| --- |
| *Dans l’affirmative, veuillez fournir la preuve de l’acte correctif pris et faire référence au numéro de section / page pertinent de votre procédure. Si non, veuillez indiquer « non applicable ».* |

**Sous-traitance**

Comment votre organisation effectue-t-elle une diligence raisonnable pour les nouveaux fournisseurs (veuillez décrire le processus de vérification)?

|  |
| --- |
| Commentaire: |

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

Oui  Non

Dans l’affirmative, donnez des détails sur les sous-traitants concernés et les opérations qu’ils effectueraient :

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

**mSection 4 – Questions supplémentaires sur le produit/service/travail**

**Section 5 – Déclaration du soumissionnaire :**

Nous, le soumissionnaire, confirmons par la présente le respect de :

* Conditions générales d’achat de Malaria Consortium
* Politique de protection des groupes vulnérables de Malaria Consortium
* Politique anti-fraude et pot-de-vin du Malaria Consortium
* Politique anti-corruption du Malaria Consortium

*Remarque :* *Les modalités et les politiques se trouvent à la fin du document de l’appel d’offre.*

|  |
| --- |
| Nous confirmons également que Malaria Consortium peut, dans le cadre de 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.  Je (Nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Titre du poste)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  suis autorisé à représenter l’organisation détaillée ci-dessus et à prendre des engagements commerciaux en son nom.  Nom de l’organisation.................................................................................  Date ...................................... |