**DOCUMENT DE RÉPONSE DU SOUMISSIONNAIRE**

**Veuillez fournir les informations requises dans chaque cellule du formulaire.**

Des lignes supplémentaires peuvent être insérées si nécessaire.

**Section 1 - Information sur le Cabinet soumissionnaire**

1.1. Informations générales

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Raison sociale du cabinet : | | | | | | |
| Nombre d’années d’exercice : | | | | | | |
| Dénomination du cabinet (si différente) : | | | | | | |
| Tous autres noms commerciaux du cabinet : | | | | | | |
| Personne-ressource principale : | | | Titre du poste: | | | |
| Téléphone : | | | Télécopieur : | | | |
| Messagerie : | | | Site Internet : | | | |
| Adresse principale : | | Siège social : | | | Adresse de paiement : | |
| Numéro d’entreprise |  | | | Date d’enregistrement : | |  |
| Numéro d’enregistrement TVA inclus : |  | | | Chiffre d’affaires annuel : | |  |
| Noms des chefs d’entreprise : | | | | | | |
| Nom de la société mère (si applicable) : | | | | | | |
| Emplacement du siège social de la société mère : | | | | | | |
| Relation juridique avec la société mère : | | | | | | |

 1.2. S’il vous plaît, veuillez fournir les détails de vos trois principaux clients et indiquer à quel point ils ont contribué à votre chiffre d’affaire l’an dernier :

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisation de client** | **% de contribution au chiffre d’affaires** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

1.3. Veuillez fournir les détails de toutes les assurances pertinentes détenues par la société.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’assurance | Brève description de ce que l’assurance couvre | Valeur de revendication maximale | Aucune restriction pertinente relative à l’assurance |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Veuillez fournir une copie de toutes les assurances avec votre soumission.

 1.4. Utilisez-vous les politiques suivantes dans votre entreprise ? Si oui à tout ce qui précède veuillez joindre une copie à votre soumission.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Politiques** | **Oui / non** | Décrire comment ces politiques sont intégrés et respectés au sein de votre organisation |
| Fraude et corruption |  |  |
| Égalité et la politique sur la diversité |  |  |
| Politique environnementale |  |  |
| Politique de gestion de qualité |  |  |
| Santé & sécurité politique |  |  |

1.5. Grandes lignes comment vous vous conformez aux exigences légales et réglementaires environnementales

|  |
| --- |
|  |

**Section 2 - expérience du soumissionnaire**

2.1 S’il vous plaît décrire l’expérience dans la prestation de services ou travaux requis. Cela devrait inclure une expérience démontrée dans la fourniture de service au cours de l’année le passée, autres services à valeur ajoutée.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Étude / enquête (titre)** | **Client** | **Description**  **(y compris la méthodologie)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2.2. Veuillez fournir les détails suivants pour au moins 3clients références que peut contacter Malaria Consortium (préférence OING / Organisations humanitaires similaires).

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client 3** |  | Durée du contrat |  | Valeur monétaire du contrat : |  |
| Personne-ressource |  | Numéro de téléphone |  | Adresse de courriel |  |
| Aperçu des produits / services fournis: | | | | | |

La réponse des organisations du client à cette question servira en lieu et place de référence. Si les renseignements fournis s’avèrent faux, votre réponse à cet appel d’offres sera disqualifiée.

2.3. Allez-vous être en sous-traitance des activités afin de satisfaire Malaria Consortium ?

Oui \_\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_

Dans l’affirmative, donner des détails des sous-traitants concernés et comment ils envisagent de procéder à des opérations :

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

2.4. La liste de membres clés du personnel qui est directement impliqués dans la prestation des services.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Titre | Rôle au sein des services offerts | Années d’expérience avec le fournisseur |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Section 3 – Questions spécifiques liées au Service :**

3.1 Quelle méthodologie d’échantillonnage vous proposez d’obtenir un échantillon ***représentatif*** au niveau du **District sanitaire**? Décrire les stratégies que vous emploierez pour maximiser la validité et pour justifier chaque décision.

3.2. Quelle taille de l’échantillon vous proposez, compte tenu des caractéristiques des activités CPS ? Expliquer les raisons de votre choix.

3.3. Comment vous recruterez vos équipes d’enquêteurs ? Quelles activités de formation vous développerez ? Quel sera le calendrier de cette formation ?

3.4. Comment assurez-vous la coordination des activités sur le terrain ? Veuillez décrire la taille et la composition de vos équipes d’enquêteurs. Donnez les détails sur la capacité de transport, ainsi que la supervision, le contrôle de qualité des données et approches de responsabilisation.

3.5. Comment vous obtiendrez les autorisations éthiques nécessaires ? Quel est votre calendrier pour y procéder ?

3.6. Détaillez un calendrier précis pour les livrer. À quel moment vous attendez-vous fournir à Malaria Consortium :

a. les fichiers de données brutes

b. Les fichiers de données apurées

c. Le fichier syntaxe quel que soit le logiciel d’analyse utilisé

d. les analyses/rapports préliminaires

e. les rapports narratifs et financiers complets

**Section 4 - Déclaration du soumissionnaire :**

Nous, le soumissionnaire, confirmons notre conformité avec:

* Les modalités et Conditions d’achat Malaria Consortium
* La Politique de Protection de l’enfance de Malaria Consortium
* la Politique de lutte contre la fraude et de la lutte contre la Corruption de Malaria Consortium
* la Politique de lutte contre la corruption de Malaria Consortium

*Remarque : Les termes, conditions et politiques se trouvent à la fin du document DP.*

|  |
| --- |
| Nous confirmons aussi que Malaria Consortium peut, dans l’examen de notre offre et par la suite, s’appuyer sur les informations fournies dans ce document.    Je (nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ (titre)  suis autorisé à représenter la société ci-dessus détaillée et à engager des dépenses du cabinet en son nom.      Compagnie...    Date de... |