

LISTE DE VERIFICATION DU SOUMISSIONNAIRE

ACTED Burkina Faso

Date: 04/08/2023

N° d'Appel d'Offre: T/37MULTI/Assurance-Santé/OUGAGA/04-08-2023

AVANT D'ENVOYER VOS DOCUMENTS DE SOUMISSION, MERCI DE VERIFIER QUE TOUS LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT COMPLETS ET CONFORMES AUX INSTRUCTIONS AUX SOUMISSIONNAIRES :

#	Description	A remplir par le Soumissionnaire		A l'usage d'ACTED exclusivement		
		Inclus		Présent		Commentaires
		Oui	Non	Oui	Non	
1	Les Instructions aux soumissionnaires (PRO-05) paraphées, signées & tamponnées par le Soumissionnaire					
2	Un Formulaire d'Offre original (PRO-06) daté, rempli, paraphé, signé & tamponné par le Soumissionnaire (<i>rempli dans la devise requise</i>)					
3	Le Questionnaire Fournisseur (PRO-03.2) daté, rempli, signé & tamponné par le Soumissionnaire					
4	La Déclaration Ethique ACTED (PRO-06.2) datée, remplie, signée & tamponnée par le Soumissionnaire					
5	Documents officiels d'enregistrement du Soumissionnaire (IFU, RCCM)					
6	Le RIB daté de moins d'un an du Soumissionnaire					
7	Une copie de la pièce nationale d'identité ou du passeport du représentant légal du Soumissionnaire					
8	Les Conditions Générales d'Achat d'ACTED paraphées, signées & tamponnées par le Soumissionnaire					
9	ANNEXES – Les preuves de réalisations antérieures dans un domaine similaire d'activités sont fournies (ex : livraisons antérieures d'articles similaires)					
10	La Liste de verification du soumissionnaire (PRO-06.3) , datée, remplie, signée & tamponnée par le Soumissionnaire					

Nom et Prénom du représentant légal du soumissionnaire: _____

Poste du représentant légal du soumissionnaire: _____

Signature autorisée: _____

