

QUESTIONNAIRE FOURNISSEUR
PARTIE I: INFORMATION

A. Détails de l'entreprise et information générale			
Nom de l'entreprise		Commerçant en tant que	
Adresse (Siège social)		Téléphone	
Code postal (Siège social)		Fax	
Ville (Siège social)		Adresse E-mail 1	
Boîte postale		Adresse E-mail 2	
Pays (Siège social)		Adresse Web	
Société mère ou nom du propriétaire		Filiales / Associés / Représentant/e à l'étranger	
Nom du/de la Commercial/e		Poste du/de la Commercial/e	
Téléphone du/de la Commercial/e		E-mail du/de la Commercial/e	
<i>Gestion de l'entreprise: directeur/rice général/e, directeur/rice exécutif/ve, directeur/rice adjoint/e, président/e ou vice-président/e</i>			
Nom (tel que dans le passeport ou papier d'identité avec photo délivré par le gouvernement)		Date de naissance (jour/mois/année)	
Numéro du papier d'identité avec photo délivrée par le gouvernement (ID)		Type de papier d'identité	
Pays émetteur de l'ID		Rang ou titre dans la société	
Noms d'usage (les surnoms et pseudonymes ne sont pas considérés comme des noms)		Sexe (Homme ou Femme)	
Employeur actuel et titre de l'emploi		Poste	
Adresse de résidence		Nationalité(s)	
Province/Région		Adresse E-mail	
Êtes vous citoyen américain ou résident légal au Etats-Unis ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	License professionnelle – Certificat délivré par le gouvernement	
<i>Personnel et assurances de l'entreprise</i>			
Nombre d'employés à plein temps		Salaire moyen des employés par heure	
% d'Hommes par rapport aux Femmes		Y a-t-il des employés dont les proches travaillent avec ACTED ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre d'enfants		Est-ce qu'il y a un salaire minimum payé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
En quelle capacité ?		Y a-t-il des congés payés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel âge ont-ils ?		Y a-t-il possibilité d'horaires flexibles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la compagnie d'assurance		Personnel couvert par une assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Description de l'entreprise</i>			
Type de commerce (plusieurs choix possibles)	<input type="checkbox"/> Usine <input type="checkbox"/> Société de conseil	<input type="checkbox"/> Agent autorisé <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	<input type="checkbox"/> Commerçant
Type de Secteur (plusieurs choix possibles)	<input type="checkbox"/> Biens et Provisions <input type="checkbox"/> Services	<input type="checkbox"/> Equipements <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	<input type="checkbox"/> Travaux
Année de création		Pays d'enregistrement :	
Numéro de licence		Valable jusqu'au :	
Langues de travail	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	<input type="checkbox"/> Russe
Documents techniques disponibles en	<input type="checkbox"/> Anglais <input checked="" type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	<input type="checkbox"/> Russe
B. Informations Financières			
Numéro de TVA		Numéro d'identification fiscal	
Nom de la Banque		Numéro de compte bancaire	
Adresse de la Banque		Nom de compte	
Numéro Swift/BIC		Conditions de paiement standard	
L'entreprise a-t-elle été audité au cours des 3 dernières années ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez joindre une copie du dernier rapport financier annuel ou audité		<input type="checkbox"/> Attaché	
Valeur annuelle totale des ventes durant les 3 dernières années :			
Année :	USD:	Année :	USD:
Année :	USD:	Année :	USD:
Valeur annuelle des exportations au cours des 3 dernières années :			
Année :	USD:	Année :	USD:



C. Expérience

Contrats récents de l'entreprise avec ACTED et/ou d'autres Organisations non gouvernementales internationales ou Agences des Nations Unies :

	Organisation	Contact	Téléphone/E-mail	Produit/Service/Travaux	Valeur (USD)	Année	Destination
1							
2							
3							
4							
5							

Quel est le principal domaine d'expertise de votre entreprise ?

Quelle est la zone de couverture de votre entreprise ?

 Nationale Restreinte à (préciser la zone) :

Dans quels pays votre entreprise a-t-elle exporté et / ou géré des projets au cours des 3 dernières années?

Fournir toute autre information qui démontre les qualifications et l'expérience de votre entreprise (ex: récompenses)

Dressez la liste des organisations commerciales / professionnelles nationales ou internationales dont votre entreprise est membre

D. Capacités Techniques

Type de certificat d'assurance qualité

 Attaché

Type de document de certification/qualification

 Attaché

Bureaux Internationaux / Représentations

Listez ci-dessous jusqu'à 10 des principaux produits et / ou services vendus par votre société:

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____ |
| 2) _____ | 7) _____ |
| 3) _____ | 8) _____ |
| 4) _____ | 9) _____ |
| 5) _____ | 10) _____ |

Dressez la liste des principaux équipements de votre entreprise (camions et machines lourdes, équipements lourds et de valeur, locaux et entrepôts, sites de production, etc.)

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____ |
| 2) _____ | 7) _____ |
| 3) _____ | 8) _____ |
| 4) _____ | 9) _____ |
| 5) _____ | 10) _____ |

E. Divers

Votre Entreprise possède-t-elle une politique environnementale ?

 Oui Non

Votre Entreprise possède-t-elle une politique de commerce éthique ?

 Oui Non

Votre Entreprise possède-t-elle une politique anti-terroriste ?

 Oui Non

Votre entreprise est-elle conforme au règlement général sur la protection des données de l'UE (ou équivalent) ?

 Oui Non

Si vous avez répondu Oui aux deux questions précédentes, veuillez attacher des copies de ces règlements et politique.

 Attaché

Votre entreprise a-t-elle déjà fait faillite, ou est-elle en voie de liquidation judiciaire, a-t-elle conclu un arrangement avec les créanciers, a-t-elle suspendu ses activités commerciales, fait-elle l'objet de poursuites ou est-elle en toute situation analogue résultant d'une procédure similaire prévue par la législation nationale?

 Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :

Votre entreprise a-t-elle déjà été reconnue coupable d'un délit relatif à sa conduite professionnelle par un jugement ayant force de res judicata ?

 Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :

Votre entreprise a-t-elle déjà commis une faute professionnelle grave prouvée par d'autres moyens ?

 Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :

Votre entreprise s'est-elle déjà soustraite à ses obligations relatives au paiement des cotisations de sécurité sociale, ou au paiement des impôts conformément à la loi du pays où elle est établie, ou à celles de la France, ou celles du pays où le contrat doit être effectué?

 Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :

Votre entreprise a-t-elle déjà fait l'objet d'un jugement ayant autorité de res judicata pour fraude, corruption, implication dans une entreprise criminelle ou toute autre activité illégale?

 Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :



Votre entreprise a-t-elle déjà été déclarée en violation manifeste d'un contrat en raison son incapacité à honorer ses obligations contractuelles, dans le cadre d'une procédure d'achat ou d'une subvention financée par un pays donateur?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :		
Votre entreprise a-t-elle déjà été déclarée en défaut grave d'exécution pour manquement à ses obligations contractuelles, suite à une autre procédure d'achat ou procédure d'octroi de subvention financée par un pays donateur?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :		
Votre entreprise a-t-elle déjà été en conflit avec une agence gouvernementale, les Nations Unies ou des organisations d'aide internationales (y compris ACTED)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez fournir des détails à propos de ces situations :		
Acceptez vous les conditions de paiement sous 30 jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Acceptez vous la visite de personnels d'ACTED et/ou d'auditeurs externes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PARTIE II: CERTIFICATION

Je, soussigné(e), certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont correctes. Dans le cas de changements, je m'engage à fournir les détails à ACTED dès que possible par écrit. Je comprends également qu'ACTED ne fait pas affaire avec des sociétés, ou des sociétés affiliées ou des filiales, qui s'engagent dans des pratiques contraires aux politiques d'ACTED en matière de Protection de l'Enfance, Prévention des Conflits d'Intérêt, Anti-Fraude et Anti-Corruption, Anti-Terroriste & Anti-Blanchiment, de Protection des Données, contre l'Exploitation Sexuelle et pour la protection de l'Environnement.

(disponible ici <https://www.acted.org/fr/a-propos/nos-valeurs/code-de-conduite-et-politiques/> et dans tout bureau ACTED).

Nom :		Date:	
Titre/ Position :		Lieu :	
Adresse E-mail (à des fins de vérification) :		Signature:	
Numéro de téléphone (à des fins de vérification) :		Tampon de l'entreprise	

Liste des documents justificatifs		Réservé à ACTED	
1) Licence de commerce	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
2) Enregistrement fiscal / Certificat de déouanement	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
3) Profil de la société	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
4) Preuve de commerce / concession / agent	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
5) Preuves de contrats similaires	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
6) Références	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
7) Particularités du/de la directeur/rice général/e et du personnel clé	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
8) Statuts et certificat de constitution	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
9) Bilans Financiers (les plus récents)	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	
10) Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/> Attaché <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Vérifié	

PART III: EVALUATION (à remplir par ACTED uniquement)

Evaluation

Nom & Titre du personnel ACTED évaluateur :	
1)	3)
2)	4)

Constatations suite à l'évaluation du fournisseur :

Bureau / entrepôt / site de production du fournisseur ? Oui Non Date: _____

Constatations suite aux visites de Site / Lieu de Production / et/ou aux consultations des références :

Décision

A inclure dans la base de données fournisseurs Rejeté Motif : _____ Date: _____

En signant ce formulaire d'évaluation fournisseur, je certifie ici que :
- je ne suis en situation de conflit d'intérêt avec aucun des fournisseurs listés dans le présent document (selon les termes de la Politique de Prévention des Conflits d'Intérêts d'ACTED)
- je ne prends part à aucune pratique frauduleuse ni de corruption pour l'achat concerné (selon les termes de la Politique Anti-Fraude & Anti-Corruption d'ACTED)

Nom du/de la Responsable Logistique de Zone / Responsable Logistique Pays : _____ Signature: _____

