

Formulaire de Qualification du Fournisseur/Prestataire (FQFP)

Informations Requises :

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Entreprise/Nom Responsable: | | | |
| Nom Du Propriétaire (Si différent): | | Nationalité du Propriétaire | |
| Personne de Contact: | | | |
| Adresse Complète | | | |
| Numéro de Téléphone | | Fax No: | |
| E-mail: | | Site Web: | |

II. Références Clients

Fournir 3 références actuelles des clients le numéro de téléphone, personne de contact, e-mail de contact et une description du produit ou du service fourni au client. (Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser une page séparée.)

| | | | | |
|----------|---|--|---------|--|
| 1 | Nom de l'organisation | | | |
| | Nom de la personne de contact | | Titre | |
| | E-mail: | | Contact | |
| | Types de Produits ou services fournis au client | | | |
| 2 | Nom de l'organisation | | | |
| | Nom de la personne de contact | | Titre | |
| | E-mail: | | Contact | |
| | Types de Produits ou services fournis au client | | | |
| 3 | Nom de l'organisation | | | |
| | Nom de la personne de contact | | Titre | |
| | E-mail: | | Contact | |
| | Types de Produits ou services fournis au client | | | |

III. Informations Commerciales

| | |
|--|--|
| 1. Mode de Paiement (cheque/virement bancaire) | |
| 2. Délai accordé pour le paiement (jours) | |
| 3. Heures de Travail | |
| 4. Travail de weekend? (Oui/Non) | |
| 5. Validité des Offres | |

IV. Statut Légal

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1 Votre entreprise, est-elle légalement inscrite auprès de l'Etat du Mali ? | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Numéro d'Identification Fiscale (NIF) | | |
| 3. Le cas échéant une copie de votre dispense d'impôts | | |
| 4. Quelle est votre expérience dans cette activité | | |
| 6. Avez-vous déjà travaillé pour des agences Humanitaires ? Si oui donnez les noms de ces agences : | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous des relations avec une personne actuellement employée de THINK PEACE? | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. Si Oui, merci de donner son nom et sa position | | |
| 9. Merci de Donner vos références bancaires. | | |
| | | |

V. Certification

Je certifie que ce qui précède est vrai et complet au meilleur de ma connaissance et qu'aucun changement significatif qui aurait une incidence sur l'une des déclarations ci-dessus n'est intervenu dans l'entreprise.

CERTIFICATION CONCERNANT LE TERRORISME: Le vendeur certifie qu'il n'a pas prévu et ne fournira pas de soutien matériel ou des ressources à toute personne ou organisation qu'il sait, ou a des raisons de savoir, est un individu ou une organisation qui prône, des plans, des sponsors, s'engage dans, ou s'est livré à un acte de terrorisme.

Fausse déclaration ci-dessus peut entraîner l'annulation de coupe et tous les liens avec l'agence / personne et sera supprimé de THINK PEACE base de données de clients. J'ai lu la déclaration ci-dessus et certifier sous serment que les informations contenues dans ce document sont véridiques et exacts au meilleur de ma connaissance.

Nom de la personne ayant rempli le formulaire:

Titre:

Signature & Cachet:

Date: