**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 | | NO |
| 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 | | NO | |
| 7. Avez-vous des relations avec une personne actuellement employée de THINK PEACE? | YES | | NO | |
| 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:** |