**Section III : Annexes à renvoyer avec les soumissions**

**Note à l’attention des soumissionnaires : les instructions destinées à vous aider à remplir chaque annexe à renvoyer avec les soumissions sont surlignées en bleu dans chaque annexe. Veuillez compléter les annexes à renvoyer avec les soumissions selon les instructions fournies.**

La présente Section comprend les annexes suivantes :

* Annexe A : Formulaire d’information sur le soumissionnaire
* Annexe B : Formulaire de soumission d'offre
* Annexe C : Formulaire de bordereau des prix
* Annexe D : Formulaire de proposition technique
* Annexe E : Formulaire d'expérience préalable
* Annexe F : Formulaire d’autorisation du fabricant

**Annexe A : Formulaire d’information sur le soumissionnaire**

Le soumissionnaire devra compléter ce formulaire conformément aux instructions indiquées ci-dessous. Aucune modification de format ne sera autorisée ni aucune substitution admise.

Numéro de référence de l’appel d’offres : [insérez le numéro de référence]

Nom du soumissionnaire : [Insérez le nom du soumissionnaire]

Date : [insérez la date de soumission]

1. **Antécédents et expertise de l’organisation :**

| **Nom complet du soumissionnaire** | [complétez] |
| --- | --- |
| **En quelle année votre entreprise / organisation a-t-elle été établie?** | [complétez] |
| **Adresse du siège social** | [complétez] |
| **Nom du représentant du soumissionnaire** | [complétez] |
| **Votre entreprise / organisation a-t-elle déjà déposé bilan ou demandé la mise en faillite ?** (Si OUI, veuillez expliquer en détail les raisons, la date de demande/dépôt de bilan, et votre situation actuelle) | [complétez] |
| **Votre entreprise a-t-elle un conflit d'intérêts réel ou potentiel dans ce processus d'approvisionnement?** (Reportez-vous à la Section II: Instructions aux soumissionnaires, article 4, pour plus de détails sur les conflits d'intérêts) | [Insérez "Non" ou "Oui", dans ce cas, veuillez fournir des détails sur votre conflit d'intérêts réel ou potentiel ici] |

1. **Inscription sur l’UNGM et fournisseurs de l’UNOPS**

Dans le cadre de son offre, il convient que le soumissionnaire complète le processus d'inscription sur le site du Portail mondial pour les fournisseurs des organismes des Nations Unies (UNGM) : https://www.ungm.org/Account/Registration.

Si le soumissionnaire est déjà inscrit, veuillez indiquer votre numéro d’inscription UNGM dans le tableau ci-dessous et vous assurer que les informations concernant votre entreprise indiquées sur l’UNGM soient à jour.

Le soumissionnaire pourra soumettre une offre même s’il n’est pas inscrit sur l’UNGM. Toutefois, si le soumissionnaire est retenu pour l’adjudication d’un contrat, il devra s’inscrire sur l’UNGM avant la signature du contrat.

| **Etes-vous un fournisseur inscrit sur l’UNGM ?** | ☐ Oui ☐ Non [Si oui, insérez votre numéro d’inscription UNGM] |
| --- | --- |
| **Etes-vous inscrit comme fournisseur auprès de l’UNOPS ?** | ☐ Oui ☐ Non [Si oui, insérez votre numéro d’identification] |

1. **Coordonnées des personnes que l’UNOPS peut contacter pour demander des clarifications durant l’évaluation des offres :**

| **Prénom/Nom** | [complétez] |
| --- | --- |
| **Titre** | [complétez] |
| **Numéro de téléphone (direct)** | [complétez] |
| **Adresse e-mail (directe)** | [complétez] |

P.-S. Cette personne devra être disponible pendant deux semaines suivant la réception de l’offre.

**Annexe B : Formulaire de soumission de l’offre**

Les soumissionnaires devront remplir ce formulaire et le renvoyer dans le cadre de la soumission de leur offre. Le soumissionnaire devra compléter ce formulaire conformément aux instructions indiquées ci-dessous. Aucune modification de format ne sera autorisée ni aucune substitution admise.

Date : [insérez la date de soumission]

**Objet : Offre concernant la fourniture de [insérez une brève description des biens et/ou services] à [nom de la ville / du pays]**,N° de l’appel d’offres : **[insérez le n° de référence]**,daté **[insérez la date]**

Nous, soussignés, déclarons que :

* 1. Nous avons examiné et n’émettons aucune réserve quant aux documents d’appel à la concurrence, y compris l’avenant n° : [Insérez le numéro et la date d'émission de chaque avenant] ;
  2. Nous proposons de fournir les biens/services conformément aux documents d’appel à la concurrence, y compris les Conditions Générales du Contrat de l’UNOPS, et aux délais de livraison stipulés dans la Liste des besoins ;
  3. Le prix total de notre offre, nette de toute remise concédée au paragraphe (d) ci-dessous, est le suivant : [Insérez le prix total de l’offre en lettres et chiffres, en indiquant les différents montants et les devises respectives] ;
  4. Les remises que nous comptons proposer et leur méthode d’application sont les suivantes :
* **Remises :** Si notre offre est acceptée, les remises suivantes s’appliqueront. [Donnez des détails sur chaque remise proposée et le produit spécifique de la Liste des besoins auquel elle s’applique, y compris toute remise applicable pour un paiement anticipé.]
* **Méthode d’application des remises :** Les remises s’appliqueront en suivant la méthode suivante : [Donnez des détails sur la méthode qui sera utilisée pour appliquer les remises] ;
  1. Notre offre demeurera valide pendant [insérez le nombre de jours, sachant que ce nombre ne pourra pas être inférieur à celui stipulé dans la Section I : Détails de la sollicitation, Période de validité de l’offre] jours, à compter de la date fixée comme date limite de soumission des offres en vertu de l’appel d’offres, et continuera à nous engager et pourra être acceptée à tout moment avant l’expiration de cette période ;
  2. Si notre offre est acceptée et si ainsi l’exige la Section I : Détails de la sollicitation, nous nous engageons à obtenir une garantie de bonne exécution conformément à l’article 34 des Instructions aux soumissionnaires et aux Conditions Générales du Contrat ;
  3. Nous n’avons aucun conflit d’intérêts dans quelque activité qui nous placerait, si nous étions retenus pour cette mission, dans un conflit d’intérêts avec l’UNOPS ;
  4. Nous n’avons pas déclaré faillite, ne sommes pas impliqués dans une procédure de faillite ou de mise sous séquestre et ne faisons l’objet d’aucune poursuite judiciaire qui pourrait compromettre nos opérations dans un avenir proche ;
  5. Notre société confirme que ni le soumissionnaire ni les sous-traitants n’ont participé, ni été impliqués d’aucune façon, directe ou indirecte, à l’élaboration de la conception, des termes de référence et/ou d’autres documents utilisés dans le cadre de cette sollicitation ;
  6. Nous adhérons aux principes du Code de conduite des fournisseurs des Nations Unies, ainsi qu’aux principes du Pacte mondial des Nations Unies ;
  7. Notre société, ses affiliées ou filiales – y compris tous les sous-traitants ou fournisseurs engagés pour quelque partie du contrat que ce soit – n’ont pas été déclarées inadmissibles par l’UNOPS, ni inclues dans les listes de fournisseurs suspendus / listes d'inéligibilité, élaborées par la Division des achats des Nations Unies, par d’autres agences des Nations Unies, par le Conseil de Sécurité, et la Banque mondiale, conformément aux Instructions aux soumissionnaires, article 4, Admissibilité ;
  8. Nous n’avons pas offert ni comptons offrir de commissions, cadeaux ou faveurs de quelque sorte que ce soit pour cet appel d’offres et nous ne nous livrerons pas à ce genre de pratiques pendant la durée d’exécution de tout contrat adjugé à l’issue de cet appel d’offres;
  9. Nous comprenons que l’UNOPS n’est pas tenu d’accepter l’offre jugée la moins disante après l’évaluation, ni aucune autre offre qui devrait lui parvenir.

Je, soussigné, certifie être dûment autorisé par [***insérez le nom complet du soumissionnaire***] à signer cette offre et à engager [***insérez le nom du soumissionnaire***] dans l’hypothèse où l’UNOPS accepterait la présente offre :

Nom  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Apposez le cachet officiel du soumissionnaire]*

**Annexe C : Formulaire de bordereau des prix**

Numéro de référence de l’appel d’offres : [insérez le numéro de référence]

Nom du soumissionnaire : [Insérez le nom du soumissionnaire]

Le soumissionnaire devra compléter ce bordereau des prix conformément aux instructions indiquées ci-dessous.

**Lot 1 - Équipement de diagnostic**

**Résumé de l’offre**

| **Prix totaux du soumissionnaire FCA (Prix des biens FCA + prix des services connexes, le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| --- | --- |
| **Prix totaux du soumissionnaire CPT (Prix des biens CPT + prix des services connexes, le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des biens FCA** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des biens CPT** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des services connexes** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Coût de fret pour un conteneur de 20/40 pieds (le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Coûts de dédouanement (le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |

**Prix des biens**

| **Produit / Lot** | **Description** | **Quantité**  **(a)** | **Devise : XOF** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prix unitaire FCA (b)** | **Prix unitaire CPT (c)** | **Prix total FCA (a)x(b)** | **Prix total**  **CPT (a)x(c)** |
| 1. | Détecteur de pouls fœtal | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 2. | Glucomètre | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 3. | Hémoglobinomètre | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 4. | Hémoleucomètre à huit touches | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 5. | Lampe d’examen | 400 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 6. | Lampe torche | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 7. | Pèse bébé + toise | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 8. | Stéthoscope de Pinard | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 9. | Tensiomètre + stéthoscope | 300 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 10. | Tensiomètre + stéthoscope bébé | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 11. | Visionneuse de veines | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| **Lot 1 - Prix total des biens FCA** | | | | | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| **Lot 1 - Prix total des biens CPT** | | | | | **[Insérez]** | **[Insérez]** |

**Informations sur la livraison**

| **Pays d’origine des produits fournis** | Produit 1 |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Produit 2 |  | | | |
| Produit 3 |  | | | |
| Produit 4 |  | | | |
| Produit 5 |  | | | |
| Produit 6 |  | | | |
| Produit 7 |  | | | |
| Produit 8 |  | | | |
| Produit 9 |  | | | |
| Produit 10 |  | | | |
| Produit 1 |  | | | |
| **Lieu(x) de livraison FCA pour les produits fournis** |  | | | | |
|
|
|
|
| **Dimensions pour l'expédition des produits fournis (y compris l’emballage)** |  | **Poids brut** | **Volume total** | ***Conteneurs (le cas échéant)*** | |
| ***Numéro*** | ***Dimensions*** |
| Produit 1 |  |  |  |  |
| Produit 2 |  |  |  |  |
| Produit 3 |  |  |  |  |
| Produit 4 |  |  |  |  |
| Produit 5 |  |  |  |  |
| Produit 6 |  |  |  |  |
| Produit 7 |  |  |  |  |
|  | Produit 8 |  |  |  |  |
|  | Produit 9 |  |  |  |  |
|  | Produit 10 |  |  |  |  |
|  | Produit 1 |  |  |  |  |
|  | Total |  |  |  |  |

**Lot 2 - Équipement de stérilisation**

**Résumé de l’offre**

| **Prix totaux du soumissionnaire FCA (Prix des biens FCA + prix des services connexes, le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| --- | --- |
| **Prix totaux du soumissionnaire CPT (Prix des biens CPT + prix des services connexes, le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des biens FCA** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des biens CPT** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des services connexes** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Coût de fret pour un conteneur de 20/40 pieds (le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Coûts de dédouanement (le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |

**Prix des biens**

| **Produit / Lot** | **Description** | **Quantité**  **(a)** | **Devise : XOF** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prix unitaire FCA (b)** | **Prix unitaire CPT (c)** | **Prix total FCA (a)x(b)** | **Prix total**  **CPT (a)x(c)** |
| 1. | Autoclave de paillasse | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| **Lot 2 - Prix total des biens FCA** | | | | | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| **Lot 2 - Prix total des biens CPT** | | | | | **[Insérez]** | **[Insérez]** |

**Prix des services connexes**

| **Produit / Lot** | | **Description des services** | **Quantité et unité physique (a) le cas échéant** | **Prix unitaire**  **(b) le cas échéant** | **Prix total pour chaque service**  **(a)x(b)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Installation, formation sur le démarrage et la mise en march**e de l’équipement , 5 equipement échantillon à Lomé | | **1** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| **Prix total des services connexes** | | | | | **[Insérez]** |

**Informations sur la livraison**

| **Pays d’origine des produits fournis** | Autoclave de paillasse |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lieu(x) de livraison FCA pour les produits fournis** | Autoclave de paillasse |  | | | |
| **Dimensions pour l'expédition des produits fournis (y compris l’emballage)** |  | **Poids brut** | **Volume total** | ***Conteneurs (le cas échéant)*** | |
| ***Numéro*** | ***Dimensions*** |
| Autoclave de paillasse |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |

**Lot 3 - Dispositifs médicaux divers**

**Résumé de l’offre**

| **Prix totaux du soumissionnaire FCA (Prix des biens FCA + prix des services connexes, le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| --- | --- |
| **Prix totaux du soumissionnaire CPT (Prix des biens CPT + prix des services connexes, le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des biens FCA** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des biens CPT** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Prix total des services connexes** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Coût de fret pour un conteneur de 20/40 pieds (le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |
| **Coûts de dédouanement (le cas échéant)** | [Insérez la devise et le montant] |

**Prix des biens**

| **Produit / Lot** | **Description** | **Quantité**  **(a)** | **Devise : XOF** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prix unitaire FCA (b)** | **Prix unitaire CPT (c)** | **Prix total FCA (a)x(b)** | **Prix total**  **CPT (a)x(c)** |
| 1. | Aspirateur de mucosités | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 2. | Attelles (membre inférieur) | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 3. | Bock à lavement | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 4. | Glacière isotherme | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 5. | Insufflateur manuel pour bébé | 100 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 6. | Kit d’Aspiration Manuelle Intra-utérine | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 7. | Kit DIU (Boite de 10 unités) | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 8. | Kit implant | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 9. | Matériel de démonstration procédures gynécologiques | 200 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 10. | Porte vaccin | 400 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| **Lot 3 - Prix total des biens FCA** | | | | | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| **Lot 3 - Prix total des biens CPT** | | | | | **[Insérez]** | **[Insérez]** |

**Informations sur la livraison**

| **Pays d’origine des produits fournis** | Produit 1 |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Produit 2 |  | | | |
| Produit 3 |  | | | |
| Produit 4 |  | | | |
| Produit 5 |  | | | |
|  | Produit 6 |  | | | |
|  | Produit 7 |  | | | |
|  | Produit 8 |  | | | |
|  | Produit 9 |  | | | |
|  | Produit 10 |  | | | |
| **Lieu(x) de livraison FCA pour les produits fournis** |  |  | | | |
| **Dimensions pour l'expédition des produits fournis (y compris l’emballage)** |  | **Poids brut** | **Volume total** | ***Conteneurs (le cas échéant)*** | |
| ***Numéro*** | ***Dimensions*** |
| Produit 1 |  |  |  |  |
| Produit 2 |  |  |  |  |
| Produit 3 |  |  |  |  |
| Produit 4 |  |  |  |  |
| Produit 5 |  |  |  |  |
| Produit 6 |  |  |  |  |
| Produit 7 |  |  |  |  |
| Produit 8 |  |  |  |  |
| Produit 9 |  |  |  |  |
| Produit 10 |  |  |  |  |
|  | Total |  |  |  |  |

Je, soussigné, certifie être dûment autorisé par **[insérez le nom complet du soumissionnaire]** à signer cette offre et à engager **[insérez le nom du soumissionnaire]** dans l’hypothèse où l’UNOPS accepterait la présente offre :

Nom  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Annexe D : Formulaire de proposition technique**

Numéro de référence de la demande de cotations : [Insérez le numéro de référence]

Nom du soumissionnaire : [Insérez le nom du soumissionnaire]

Les soumissionnaires devront compléter les **Tableaux comparatifs de données** inclus dans la Section II : Liste des besoins, afin de prouver la conformité de leur cotation par rapport aux besoins de l’UNOPS, et insérés ci-dessous. Les soumissionnaires ne seront PAS autorisés à apporter des modifications aux colonnes relatives aux exigences de l'UNOPS dans les tableaux comparatifs de données. De telles modifications constitueront un motif pour disqualifier votre cotation.

Cet appel d'offres fait référence à la acquisition d'équipement Médicaux pour 100 Centres de Santé au Togo et est composé des lots suivants :

* **Lot 1 - Équipement de diagnostic**
* **Lot 2 - Équipement de stérilisation**
* **Lot 3 - Dispositifs médicaux divers**

**Lot 1 - Équipement de diagnostic**

**A- Spécifications techniques pour les biens – Tableau comparatif de données**

| **Nº** | **Exigences techniques minimales de l’UNOPS** | **Quantité** | **L’offre est-elle conforme?**  À compléter par le soumissionnaire | **Détails sur les biens fournis**  À compléter par le soumissionnaire |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Détecteur de pouls fœtal**  Détecteur de pouls fœtal pour la maternité, ergonomique, léger, compact et robuste pour la détection du RCF (rythme cardiaque fœtal) dans des centres de santé.  Affichage des paramètres sur écran LCD ou OLED.  Compatibles avec les sondes de 2Mhz, 3Mhz, 8Mhz minimum et 4 et 5 MHz preferable  Fonctionnement en continu > 3 heures  Arrêt automatique passé environ 1-3 minutes sans aucun signal.  Indicateur d'état des piles et de faible puissance  Alarme de détection des anomalies chez le fœtus preferable  Alimentation pour chargeur à une batterie Non-Lithium  Alimentation : 220 V, 50Hz  ***Accessoires et Consommables***  -Sonde obstétricale étanche 2 Mhz  -Sonde obstétricale étanche 3 Mhz  -Housse  -Chargeur | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 2 | **Glucomètre**  Glucomètre pour être utilisé pour plusieurs types de patients (pédiatriques et adultes) pour les professionnels dans une centre de santé pour le diagnostic de l'altération de la glycémie L'échec du test, la batterie faible, les problèmes de bandelettes de test et les messages de dysfonctionnement doivent être clairement présentées à l'écran ainsi que les valeurs quantitatives qui doivent être exprimées en mmol/L ou mg/dL (ou les deux)  Plage de mesure de 20 à 500 mg/dL (1,1 à 27,8 mmol/L) et Limite de détection pas supérieure à 20 mg/dL ou 1,1 mmol/L  Répétabilité (variabilité intra-série) CV <5,0 %. Exactitude de la mesure: Généralement <15 % de la valeur cible ou moins de 0,83 mmol/L pour les plages de glycémie inférieures  Volume d'échantillon au moins < 15µl  Résultats disponibles en moins de 1 minute Fonctionne sur batterie interne sans aucune perte de mémoire si les piles sont retirées.  Piles bouton  Conforme ave**c l'ISO 15197:2013.**  ***Accessoires et Consommables***  -Bandelettes de test, cartouches ou cuvettes, selon les instructions d'utilisation du fabricant (Pour 100 test) Toutes les bandelettes doivent avoir une date de péremption d'au moins 18 mois à compter de la date de production (mieux : à partir de la date de fourniture). La durée de conservation des réactifs doit de toute façon être clairement indiquée par le fabricant. Les bandelettes doivent avoir une durée de conservation minimale de 3 mois après ouverture du flacon de bandelettes. Stabilité au transport et au stockage des réactifs du kit (température et humidité) : au moins dans la plage de 5 °C à 35 °C (mieux si jusqu'à au moins 40 °C), à l'abri d'une forte humidité et de la lumière directe du soleil.  Les instructions des fabricants doivent indiquer les détails spécifiques et les limitations.  - Lancettes de sécurité préchargées actionnées par pression à usage unique, stérile et non réutilisable ; l'aiguille est entièrement protégée avant et après utilisation ; rétracte automatiquement l'aiguille dans le boîtier après l'échantillonnage ; aiguille ultra tranchante de haute qualité, qui peut rapidement pénétrer la peau pour réduire la douleur du patient ; protéger l'utilisateur du risque d'infection transmise par le sang. (Pour 100 tests)  -Jeu de solutions de contrôle (au moins : faible, moyenne et élevée), si nécessaire pour l'étalonnage. Alternativement et sur la base des instructions du fabricant, les matériaux d'étalonnage doivent être fournis.  -Sac de transport | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris la **marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 3 | **Hémoglobinomètre**  Appareil utilisé pour la mesure de taux d'hémoglobine à partir du sang total prélevé chez un patient, pour être utilisé pour plusieurs patients (pédiatriques et adultes) pour les professionnels dans une centre de santé.  - Plage de mesure : 0 à 25,6 g/dL, Résultats : ≤3 secondes,  - Volume de l'échantillon : ~ 10 μL avec double longueur d'onde pour mesurer l'hémoglobine et compenser la turbidité ou similaire technologie. Fonctionne sur batteries et avec un chargeur de batterie AC externe,  Alimentation : 220 V, 50Hz . qui permet aussi le fonctionnement possible pendant la charge.  ***Accessoires et Consommables***  - Batteries adaptés  -Chargeur secteur  -Boite de microcuvettes, bandelettes de test ou cartouches selon les instructions d'utilisation du fabricant (Pour 50 tests) qui doivent avoir une date de péremption d'au moins 18 mois à compter de la date de fourniture. La durée de conservation des réactifs doit de toute façon être clairement indiquée par le fabricant. Les cuvettes ou bandelettes doivent avoir une durée de conservation minimale de 3 mois après ouverture du flacon de bandelette . Stabilité au transport et au stockage des réactifs du kit (température et humidité) : au moins dans la plage de 5 °C à 35 °C (mieux si jusqu'à au moins 40 °C), à l'abri d'une forte humidité et de la lumière directe du soleil. Les instructions des fabricants doivent indiquer les détails spécifiques et les limitations, le cas échéant.  - Lancettes de sécurité préchargées actionnées par pression à usage unique, stérile et non réutilisable ; l'aiguille est entièrement protégée avant et après utilisation ; rétracte automatiquement l'aiguille dans le boîtier après l'échantillonnage ; aiguille ultra tranchante de haute qualité, qui peut rapidement pénétrer la peau pour réduire la douleur du patient ; protéger l'utilisateur du risque d'infection transmise par le sang. (Pour 50 tests)  -Jeu de solutions de contrôle (au moins : faible, moyenne et élevée), si nécessaire pour l'étalonnage. Alternativement et sur la base des instructions du fabricant, les matériaux d'étalonnage doivent être fournis.  -Sac de transport | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris la **marque / le modèle / les spécifications proposées**, et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 4 | **Hémoleucomètre à huit touches**  Compteur mécanique des cellules sanguines 8 touches avec touches alternées rouges et blanches et totalisateur. Le nom du groupe de cellules est rappelé au- dessus de chaque compteur .  Avec alarme sonore indiquant le passage à 100 d'un des compteurs | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 5 | **Lampe d’examen**  Lampe d'examen à LED, flexible pour examen général avec bras flexible orientable dans toutes les directions sur roulettes  Température de couleur: 5,500 ºK LED Duree de vie: 50,000 Heures  Intensité lumineuse @ Typique Distance de travail: 12” distance: 30,000 lux, 20” distance: 15,000 lux  Alimentation : 220V, 50HZ  ***Accessoires et Consommables***  Cable secteur | 400 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 6 | **Lampe torche**  Lampe frontale de diagnostic pour consultation générale. La lampe doit être orientable et doit disposer d'un bandeau rigide tour de tête réglable. Éclairage LED qui fournit un éclairage sans ombre avec une illumination blanche de 15 000 lx.  Plastique résistant aux chocs  alimentation à piles, Interrupteur marche/arrêt avec indicateur  ***Accessoires et Consommables***  -Sac de transport  -Batteries | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 7 | **Pèse bébé + toise**  Pèse bébé digital pour lecture directe à utiliser dans un centre de santé  Capacité: 20 Kg minimum  Précision : 5 g < 10 kg > 10g  Fonctions spéciales: TARE, auto-HOLD, auto-CLEAR ou équivalent selon marque Alimentation: Bloc secteur obligatoire et piles Plateau de forme ergonomique, d'un matériau hygiénique et facile à nettoyer et sécuritaire pour l'enfant  Alimentation : 220V, 50Hz  ***Accessoires et Consommables***  -Toise télescopique adapté a pèse bébé avec une plage de mesure de 30 à 80 cm +-20 cm, graduation 1 mm  -Appuie-tête et pieds  -Piles  -Adaptateur secteur d’alimentation | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 8 | **Stéthoscope de Pinard**  Stéthoscope de Pinard obstétrical destiné à la détection des battements cardiaques du fœtus, environ 15 cm en aluminium | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées**, et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc..  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 9 | **Tensiomètre + stéthoscope**  Tensiomètre pour mesurer la pression artérielle sur le haut du bras à la demande du clinicien adapté pour être utilisé pour les adultes et les enfants +Stéthoscope biauriculaire bifocal adulte/ enfants  Dispositif auscultatoire, oscillométrique non invasif qui se compose d'un brassard en caoutchouc gonflable entouré d'un matériau durable, couverture flexible qui peut être facilement attachée autour du bras supérieur + Manomètre anéroïde affichant la pression du brassard pour permettre la lecture de la pression avec une précision de 2 mmHg minimum, Plage de mesure : 0 – ≥ 300 mmHg minimum, Vitesse de décompression : 2 mm Hg/seconde minimum + Poire de pompage et valve permettant le réglage de la pression du brassard  Méthode de fixation du bras de brassard pour permettre une utilisation facile,une facilité de nettoyage et une faible attraction de la saleté ;  Les tubes en caoutchouc doivent être détachables des autres pièces. La longueur du tube doit être > 30 cm Le corps du manomètre inclut un clip pour le montage sur le brassard.  + Stéthoscope biauriculaire bifocal pour les deux sons haute et basse fréquence à utiliser chez les adultes et chez les enfants  ***Accessoires et Consommables***  -Brassards réutilisables dans les tailles suivantes : Pédiatrique (14–22 cm), Adulte (25–36 cm), Grand adulte (34–43 cm). Les tailles des brassards peuvent varier selon le fabricant mais ne doivent pas s'écarter de ± 5 cm des tailles indiquées.  -Tube en caoutchouc (longueur > 30 cm)  -Case de protection  -Paire d'embouts de remplacement et membrane de remplacement pour le stéthoscope | 300 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 10 | **Tensiomètre + stéthoscope bébé**  Tensiomètre pour mesurer la pression artérielle sur le haut du bras à la demande du clinicien adapté pour être utilisé pour nouveau-nés +Stéthoscope biauriculaire pour nouveau-nés  Dispositif auscultatoire, oscillométrique non invasif qui se compose d'un brassard en caoutchouc gonflable entouré d'un matériau durable, couverture flexible qui peut être facilement attachée autour du bras supérieur + Manomètre anéroïde affichant la pression du brassard pour permettre la lecture de la pression avec une précision de 2 mmHg minimum, Plage de mesure : 0 – ≥ 300 mmHg minimum, Vitesse de décompression : 2 mmHg/seconde minimum + Poire de pompage et valve permettant le réglage de la pression du brassard  Méthode de fixation du bras de brassard pour permettre une utilisation facile,une facilité de nettoyage et une faible attraction de la saleté ; Les tubes en caoutchouc doivent être détachables des autres pièces.  La longueur du tube doit être > 30 cm Le corps du manomètre doit inclure un clip pour le montage sur le brassard. + Stéthoscope biauriculaire bifocal pour les deux sons haute et basse fréquence à utiliser chez les nouveau-nés  ***Accessoires et Consommables***  -Brassards réutilisables dans les tailles suivantes : Néonatal (10–15 cm), Pédiatrique (14–22 cm). Les tailles des brassards peuvent varier selon le fabricant mais ne doivent pas s'écarter de ± 5 cm des tailles indiquées.  -Tube en caoutchouc (longueur > 30 cm)  -Case de protection  -Paire d'embouts de remplacement et membrane de remplacement pour le stéthoscope | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées**, et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 11 | **Visionneuse de veines**  Détecteur de veines portatifs à infrarouges pour fournir une image précise en temps réel du système vasculaire. Il aide les cliniciens à vérifier l'état de la veine et à réduire le risque de ponction veineuse. Conçu pour les patients adultes, pédiatrique et néonatal Adaptée à différents types de peau.  Intensité de sortie de la source lumineuse ajustable, zoom variable Avec écran LCD, OLED Aucune maintenance ni consommable à prévoir Une batterie qui se charge directement dans l’appareil (Non lithium)  Alimentation : 220V, 50Hz  ***Accessoires et Consommables***  -Support au sol mobile  -Adaptateur secteur | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Déviations/Écarts: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris l**a marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |

**B- Exigences de durabilité, normes et de garantie (fabricant & produit) pour TOUS les articles du lot 1**

| **N°** | **Exigences techniques minimales de l’UNOPS** | **L’offre est-elle conforme?**  À compléter par le soumissionnaire | **Détails sur les biens fournis**  À compléter par le soumissionnaire |
| --- | --- | --- | --- |
| **N**[**ormes et certificats de qualité (fabricant & produit)**](https://content.unops.org/service-Line-Documents/Procurement/UNOPS-Procurement-Manual-Annex-2-2021_EN.pdf) **pour TOUS LES ARTICLES de ce lot** | Le soumissionnaire doit fournir:  -Autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Australie, le Canada, le Japon, l'Union européenne et/ou l'autorité de réglementation des États-Unis. Si l'autorisation de l'Union européenne est présentée, veuillez fournir **déclaration UE de conformité** avec tous les éléments en tant que dispositif médical de classe I pour le dispositif médical class II fournir fournir **Attestation ET/Certificat EC valide selon MDD/MDR/IVDR relative aux dispositifs médicaux et dispositifs In Vitro** émises par les CAB, les organismes notifiés ou accrédités reconnus par au moins une autorité de réglementation l'Australie, le Canada, le Japon, l’Union européenne et/ou les États-Unis (FDA) ou pour IAF.  -Un preuve du système de gestion de la qualité du fabricant valide et certifié qui inclut le champ d'application ainsi que les emplacements et les installations où les activités pertinentes sont effectuées conformément aux dernières versions de la norme **ISO 13485**, émises par les CAB, les organismes notifiés ou accrédités reconnus par au moins une autorité de réglementation l'Australie, le Canada, le Japon, l’Union européenne et/ou les États-Unis (FDA) ou pour IAF.  -**Preuve d'emballage et d'étiquetage primaire et secondaire**  conformément à l'approbation réglementaire et à l'autorisation de mise sur le marché disponible.  -Si le soumissionnaire est le fabricant, il doit fournir un **agrément de fabrication de l’équipement** (licence valide de l’autorité compétente) ou Si le soumissionnaire n’est pas le fabricant, il doit fournir **l’autorisation du fabricant** pour commercialiser les articles. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails et joindre les documents demandez pour **chaque article** de votre offre |
| **Garantie** | Période: La durée minimale de la garantie doit être de 12 mois  Service: la garantie couvre les services de maintenance préventive et de réparation/remplacement d'équipement défectueux pendant la période de garantie.  Le soumissionnaire doit fournir le coordonnés/profil du partenaire/représentant (nom, point focal, situation légale, services fournis et expérience dans le domaine) à contacter en cas de besoin | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails et joindre les termes et conditions et coordonnées de point focal de chaque fabricant de votre offre |
| **Manuel d’opérations et/ou d’utilisation du matériel en français** | Le soumissionnaire fournira le manuel d’opérations et/ou d’utilisation du matériel en français et le manuel d'entretien/ dépannage en Français | ☐ Oui ☐ Non | Confirmation que le manuel d’utilisation sera fourni dans la langue requise. |
| **Promotion de genre et diversité au travail** | Le soumissionnaire doit partager sa politique interne en matière de promotion de genre et la diversité au travail et/ou préciser les mesures et actions qui sont en place. | ☐ Oui ☐ Non | Joindre la politique interne ou indiquer ici les mesures applicables |
| **Système de gestion environnementale ou santé et sécurité** | Le soumissionnaire doit démontrer que le fabricant est en possession d’un certificat valide confirmant ses bonnes pratiques en matière de gestion de l’environnement (ISO 14001 ISO 45001 ou équivalent). A défaut, le soumissionnaire doit partager sa politique interne ou les mesures y relatives. | ☐ Oui ☐ Non | Joindre le ISO ou la politique interne ou indiquer ici les mesures applicables |

**Lot 2 - Équipement de stérilisation**

1. **Spécifications techniques pour les biens et tableau comparatif de données**

| **Nº du produit** | **Exigences techniques minimales de l’UNOPS** | **Quantité** | **La cotation est-elle conforme?**  A compléter par le soumissionnaire | **Détails sur les biens fournis.**  A compléter par le soumissionnaire |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Autoclave de paillasse**  Stérilisateur médical à vapeur d'eau conçu pour être utilisé dans des centres médicaux pour la stérilisation des (instruments médicaux, vêtements, verreries, et liquides), format de paillasse d'un capacité de **50 litres au moins**.  Avec cycles automatiques programmables Température de travail : 121 à 134°C avec contrôle électronique.  Avec une unité de contrôle numérique par microprocesseur assurant un fonctionnement entièrement automatique du cycle de stérilisation, contrôle et surveillance des paramètres physiques et documentation claire du cycle de stérilisation contrôle l'autoclave.  Commande électromécanique pour la fermeture et l’ouverture. Fermeture sécurisée de la porte activée par la pression ou similaire pour une interruption de Programme en tout sécurité  Écran d’affichage digital en écran LCD ou similaire  Affichage digital de la température, pression,vide, température et phases du cycle  Minuterie pour programmer le temps de stérilisation.  Matière de la chambre interior : AISI 316L Manomètre pour visualiser la pression et le vide  Interrupteur on/off  Droits d’accès sécurisés par code pour la modification de paramètres et autres interventions relatif à la sécurité  Mémoire interne permettant de sauvegarder cycles de stérilisation  Signal visuel et sonore a la fin de programme  Stabilité/homogénéité : +/- 2 C°  Port RS232 ou similaire pour connectivité  Générateur de vapeur intégrée Alimentation électrique monophasée 220V, 50Hz  Conforme à la norme  EN 13060 for small Autoclaves OU EN 285 for Large Autoclaves selon taille ou équivalent  ISO 17665-1:2006 ou équivalent  EN 61010-1 ou équivalent  EN 61010-2-040 ou équivalent  ***Accessoires et Consommables***  -Stabilisateur de tension avec délai de reprise  -Multiprise parasurtenseur APC  -Un dispositif d'adoucissement ou de filtration d’eau pour l’ alimentation de la qualité d’eau requis pour l’autoclave  -Pince pour sortir le matériel  -2 Joints de porte  -1 Filtres à air  -10 Test de Bowie Dick  -50 Témoins de stérilisation | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |

1. **Exigences de durabilité, qualité, normes et de garantie** [**(fabricant & produit)**](https://content.unops.org/service-Line-Documents/Procurement/UNOPS-Procurement-Manual-Annex-2-2021_EN.pdf) **pour TOUS les articles du Lot 2**

| **N°** | **Exigences techniques minimales de l’UNOPS** | **L’offre est-elle conforme?**  À compléter par le soumissionnaire | **Détails sur les biens fournis**  À compléter par le soumissionnaire |
| --- | --- | --- | --- |
| **N**[**ormes et certificats de qualité (fabricant & produit)**](https://content.unops.org/service-Line-Documents/Procurement/UNOPS-Procurement-Manual-Annex-2-2021_EN.pdf)  **pour TOUS les articles du Lot 2** | Le soumissionnaire doit fournir:  -Autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Australie, le Canada, le Japon, l'Union européenne et/ou l'autorité de réglementation des États-Unis. Si l'autorisation de l'Union européenne est présentée, veuillez fournir **déclaration UE de conformité** avec tous les éléments.  -Un preuve du système de gestion de la qualité du fabricant valide et certifié qui inclut le champ d'application ainsi que les emplacements et les installations où les activités pertinentes sont effectuées conformément aux dernières versions de la norme **ISO 13485** , émises par les CAB, les organismes notifiés ou accrédités reconnus par au moins une autorité de réglementation l'Australie, le Canada, le Japon, l’Union européenne et/ou les États-Unis (FDA) ou pour IAF.  -Si le soumissionnaire est le fabricant, il doit fournir un **agrément de fabrication de l’équipement** (licence valide de l’autorité compétente) ou Si le soumissionnaire n’est pas le fabricant, il doit fournir **l’autorisation du fabricant** pour commercialiser les articles. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails et joindre les documents demandez pour **chaque article** de votre offre |
| **Garantie** | Période: La durée minimale de la garantie doit être de 12 mois  Service: la garantie couvre les services **Maintenance préventive** du matériel selon le plan de maintenance du fabricant (technicien, pièces de rechanges, etc) pendant la période de garantie et de réparation/remplacement d’ équipement défectueux pendant la période de garantie.    Le soumissionnaire doit fournir le coordonnés/profil du partenaire/représentant (nom, point focal, situation légale, services fournis et expérience dans le domaine) à contacter en cas de besoin | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails et joindre les termes et conditions et coordonnées de point focal de chaque fabricant de votre offre |
| **Manuel d’opérations et/ou d’utilisation du matériel en français** | Le soumissionnaire fournira le manuel d’opérations et/ou d’utilisation du matériel en français et le manuel d'entretien/ dépannage en Français | ☐ Oui ☐ Non | Confirmation que le manuel sera fourni dans la langue exigée |
| **Promotion de genre et diversité au travail** | Le soumissionnaire doit partager sa politique interne en matière de promotion de genre et la diversité au travail et/ou préciser les mesures et actions qui sont en place. | ☐ Oui ☐ Non | Joindre la politique interne ou indiquer ici les mesures applicables |
| **Système de gestion environnementale ou santé et sécurité** | Le soumissionnaire doit démontrer que le fabricant est en possession d’un certificat valide confirmant ses bonnes pratiques en matière de gestion de l’environnement (ISO 14001 ISO 45001 ou équivalent). A défaut, le soumissionnaire doit partager sa politique interne ou les mesures y relatives. | ☐ Oui ☐ Non | Joindre le ISO ou la politique interne ou indiquer ici les mesures applicables |

1. **Besoins en matière de services connexes**

| **Service** | **Exigences minimales de l’UNOPS quant aux services** | **Quantité** | **Unité physique** | **Lieu d’exécution des services** | **Date(s) de fin de la prestation de services** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
| 1 | **Installation, formation sur le démarrage et la mise en march**e de l’équipement , 5 equipement échantillon à Lomé | 1 | EA | DAF/MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS  NOUVEAU CENTRE ADMINISTRATIF DES SERVICES BP: 336: Lomé Togo | Dès la réception de l’équipement sur site, le fournisseur sera contacté pour l’installation dans les 2 semaines qui suivent. |

**Lot 3 - Dispositifs médicaux divers**

**A- Spécifications techniques pour les biens – Tableau comparatif de données**

| **Nº** | **Exigences techniques minimales de l’UNOPS** | **Quantité** | **L’offre est-elle conforme?**  À compléter par le soumissionnaire | **Détails sur les biens fournis**  À compléter par le soumissionnaire |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Aspirateur de mucosités**  Aspirateur de mucosités électriques destinés à l'aspiration nasale, orale, ou trachéale des liquides corporels chez l'adulte et l'enfant.  Avec interrupteur marche/arrêt et une jauge à vide/manomètre en mm Hg affichant l'aspiration générée et avec indicateur pour l'état de la batterie.  Mécanisme sans huile  Vide maximum pas moins de 450 mmHg (réglable par contrôle) et Capacité d'aspiration maximale pas moins de 15 L/min.  Vide minimum 0 mmHg -20 mm Hg  -vide à faible débit pour utiliser avec les nouveau-nés  Avec bocal de collecte en polycarbonate autoclavable d'une capacité d'au moins 1 L avec soupape de trop-plein et filtre incorporés avec des systems pour éviter la contamination croisée Tube en silicone autoclavable d´au moins 1,5 mètre avec un filtre bactérien réutilisable de type non pliable.  Toutes les pièces doivent être fabriquées à partir de matériaux durables et à haute résistance, qui ne nécessitent pas de conditions d'entretien ou de stockage spécifiques. Si besoin entièrement démontable, facile à nettoyer, à désinfecter et à stériliser.  Matériau: silicone ou tout matériau conforme à la norme ISO 10993-4:2002 et USP Classe V ou équivalent, sans latex Support intégré au système pour canules/tubes d'aspiration positionnement facile et sûr. Niveau de bruit sonore inférieur à 50 dB. Alimentation : 220V monophasé, 50Hz. Batterie interne rechargeable et son utilisation est possible branché.  Conforme **ISO 10079-1:1999 Medical suction equipment – Part 1: Electrically powered suction equipment – Safety requirements or equivalent**  ***Accessoires et Consommables***  -Filtres antibactériens de rechange (5 au moins)  -Bocal de rechange  -Cable secteur | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 2 | **Attelles (membre inférieur)**  Attelles utilisées en cas d'urgence pour les membres inférieurs + Attelle de Boppe inclus qui permet une mise en place de la traction du membre inférieur.  Recommandée pour une immobilisation de courte durée (2 à 3 jours)  Matériau: tissu foamé avec baleines préformées, avec fenêtre rotulienne. Taille XL et L ou équivalent. | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris la **marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 3 | **Bock à lavement**  Bock à lavement KIT autoclavable doté de Tuyau et Canules Capacité : 2 litres  Matériaux: En acier inox 18/10 et Tuyau et Canules sans caoutchouc, sans latex et sans bisphénol A. | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris la **marque / le modèle / les spécifications proposées**, et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 4 | **Glacière isotherme**  Glacière isotherme utilisé pour le transport de longue durée des poches de sang et autres produits sanguins. Capacité 25 poches de 500 ml minimum;  Autonomie : Maintenir une température entre +2 et + 10°C environ 72h  Deux poignées ergonomiques  Matériau : Polyéthylène et isolation en mousse de polyuréthane exempt de CFC/HCFC.  ***Accessoires et Consommables***  -Blocs d’eau congelés ou éléments additionnels de refroidissement nécessaire  . | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 5 | **Insufflateur manuel pour bébé**  Réanimateur autoclavable destiné à la ventilation et à la réanimation d’urgence de les bébés nés à terme, les prématurés et les nourrissons de faible poids  Facile à démonter et à remonter, Facile à nettoyer et à désinfecter. Toutes les pièces doivent être fabriquées à partir de matériaux à haute résistance et à longue durée de vie et ne nécessitant aucun entretien particulier ni conditions de stockage.  La ventilation peut se faire avec de l'air ambiant et avec de l'oxygène.  Le réanimateur doit être fourni sous forme d'ensemble complet avec :  -Ballon enveloppe auto gonflable en silicone ou autres matériaux spécifiés dans la norme **ISO 10651-4** ou équivalent, capacité 200–320 ml  -Valve unidirectionnelle en en polycarbonate/polysulfone ou tout autre matériau répondant à la norme ISO 10651-4 ou équivalent sans fuite à faible débit l'élasticité de l'enveloppe extérieure du sac limite la pression des voies respiratoires lorsqu'il est pressé normalement d'une seule main.  - Soupape d'admission avec raccord pour tubulure d'oxygène.  - Capacité de la poche réservoir d'oxygène en fonction de la taille du patient (enfant et nouveau-ne)  ***Accessoires et Consommables***  -2 Masques de taille 0 et 1 translucide en silicone rubber **conforme à la norme ISO 10993-1:2009 ; ISO 10993-5:2009 ; ISO 10993-10:2010 ou USP Classe V** (ou équivalents)  -1 tubulure oxygène  -3 Canules de Guedel taille 00/1 et 3 | 100 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 6 | **Kit d’Aspiration Manuelle Intra-utérine**  Kit d´Aspiration Manuelle Intra Utérine, ou kit AMIU utilisé lors d'un avortement inévitable avant 16 semaines, avortement incomplet, grossesse mélaire ou hémorragie tardive du post-partum due à une rétention placentaire partielle. contenant au moins :  - une seringue en polypropylène de 60 cc avec un système double valve pour faire le vide et jouer son rôle d´aspiration ou équivalent  - un flacon d'huile lubrifiante  - six connecteurs seringues  - canules de couleurs différentes et six canules stériles de 5, 6, 7, 8, 9 et 10 mm ou équivalent | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 7 | **Kit DIU (Boite de 10 unités)**  Kit DIU en blister stérile prêt à l'emploi qui permet d'effectuer l' opération d'introduction, pose et retrait successif du DIU.  Le set doit comprendre:  - 1 Pince longue pour l’insertion et la pose correcte du DIU – longueur 23-27 cm  - 1 Pince de Pozzi ou équivalent pour élargir le col de l'utérus; longueur 23-27 cm  - 1 Long ciseau coupe-fils avec encoche afin de bloquer le fil du DIU entre les 2 lames métalliques longueur lame 23-27 cm  - 1 hystéromètre double Évolution ou équivalent pour déterminer la profondeur de l'utérus – longueur 28-32 cm | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 8 | **Kit implant**  Kit Implant en blister stérile compartimenté qui permet d'effectuer des implants.  Le set doit comprendre:  -1 champ troué adhésif 50 x 60 cm, ou équivalent  -1 bistouri n°11,  -5 compresses 7.5 x7.5 non-tissé, ou équivalent  -1 bande de 3 sutures adhésives cutanées ou équivalent  -1 bande de contention ou équivalent  -1 seringue 2 ml ou équivalent  -1 aiguille hypodermique ou équivalent  -1 pince de Halstead courbée (mosquito), ou équivalent | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées**, et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc..  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 9 | **Matériel de démonstration procédures gynécologiques**  Modèle anatomique qui permet la démonstration de multiples procédures gynécologiques pour former aux divers examens pelviens comme: Examen vaginal au spéculum, Examen pelvien bi- manuel, Palpation de l´utérus normal et de l´utérus de la femme enceinte, Sondage de l´utérus, Evaluation des cols de l’utérus normaux et pathologiques et d’utérus chez la femme enceinte, Mise en place et le retrait d’un stérilet, Mise en place et l’ajustage d’un diaphragme, Démonstration de l’utilisation d’autres méthodes contrceptives chimiques et mécaniques, Laparoscopie et mini laparotomie et occlusion des trompes de Fallope.  Le modele représente la partie inférieure du corps d'une femme adulte qui comporte des repères anatomiques internes concernées comme des organes génitaux féminins, la fimbria , l'utérus, et des ovaires réalistes entre autres et doit etre livré avec: un utérus normal en antéversion, un utérus en rétroversion, un utérus d'une femme en début de grossesse, un d'une femme à 6-8 semaines de grossesse et l'autre d'une femme à 10-12 semaines de grossesse, un utérus après l’accouchement, cinq cols de l’utérus sains (5 cols de l'utérus avec ouverture interne), quatre cols de l’utérus présentant des altérations pathologiques, 10 trompes de Fallope et autres nécessaires aux procédures mentionnées ci-dessus.  Ton de peau : Foncé  ***Accessoires et Consommables***  -Sac de transport | 200 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées,** et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |
| 10 | **Porte vaccin**  Porte-vaccin utilisé pour le stockage de vaccins lors des stratégies avancées, Inclus dans le catalogue de (PQS) de l’OMS  Capacité de stockage des vaccins : 2.5-3.5 litres  Conservation du froid sans ouverture environ 40 heures à + 43°C  ***Accessoires et Consommables***  -Blocs d’eau congelés | 400 | ☐ Oui ☐ Non  Deviations: | Donnez des détails sur le produit fourni obligatoire, y compris **la marque / le modèle / les spécifications proposées**, et joindre une copie de brochures et/ou tout autre document/fiche technique certificat d’analyse, système/technologie, etc.  (Si ce n'est pas correctement rempli, l'UNOPS se réserve le droit de rejeter l'offre sans autre précision). |

**B. Exigences de durabilité, qualité, normes et de garantie** [**(fabricant & produit)**](https://content.unops.org/service-Line-Documents/Procurement/UNOPS-Procurement-Manual-Annex-2-2021_EN.pdf) **pour TOUS les articles du Lot 3**

| **N°** | **Exigences techniques minimales de l’UNOPS** | **L’offre est-elle conforme?**  À compléter par le soumissionnaire | **Détails sur les biens fournis**  À compléter par le soumissionnaire |
| --- | --- | --- | --- |
| **N**[**ormes et certificats de qualité (fabricant & produit)**](https://content.unops.org/service-Line-Documents/Procurement/UNOPS-Procurement-Manual-Annex-2-2021_EN.pdf) | Le soumissionnaire doit fournir:  -Autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Australie, le Canada, le Japon, l'Union européenne et/ou l'autorité de réglementation des États-Unis. Si l'autorisation de l'Union européenne est présentée, veuillez fournir **déclaration UE de conformité** avec tous les éléments en tant que dispositif médical de classe I + Pour les dispositifs médicaux stériles donner l’ attestation CE pertinent. pour le dispositif médical class II fournir fournir **Attestation ET/Certificat EC valide selon MDD/MDR relative aux dispositifs médicaux** émises par les CAB, les organismes notifiés ou accrédités reconnus par au moins une autorité de réglementation l'Australie, le Canada, le Japon, l’Union européenne et/ou les États-Unis (FDA) ou pour IAF.  **Matériel de démonstration procédures gynécologiques exempte**  -Un preuve du système de gestion de la qualité du fabricant valide et certifié qui inclut le champ d'application ainsi que les emplacements et les installations où les activités pertinentes sont effectuées conformément aux dernières versions de la norme **ISO 13485**, émises par les CAB, les organismes notifiés ou accrédités reconnus par au moins une autorité de réglementation l'Australie, le Canada, le Japon, l’Union européenne et/ou les États-Unis (FDA) ou pour IAF. Pour le **Matériel de démonstration procédures gynécologiques ISO 9001 est accepté**  -**Preuve d'emballage et d'étiquetage primaire et secondaire**  conformément à l'approbation réglementaire et à l'autorisation de mise sur le marché disponible.  -Si le soumissionnaire est le fabricant, il doit fournir un **agrément de fabrication de l’équipement** (licence valide de l’autorité compétente) ou Si le soumissionnaire n’est pas le fabricant, il doit fournir **l’autorisation du fabricant** pour commercialiser les articles. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails et joindre les documents demandez pour **chaque article** de votre offre |
| **Garantie** | Période: La durée minimale de la garantie doit être de 12 mois  Service: la garantie couvre les services de maintenance préventive et de réparation/remplacement de dispositifs défectueux pendant la période de garantie.  Le soumissionnaire doit fournir le coordonnés/profil du partenaire/représentant (nom, point focal, situation légale, services fournis et expérience dans le domaine) à contacter en cas de besoin | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails et joindre les termes et conditions et coordonnées de point focal de chaque fabricant de votre offre |
| **Manuel d’opérations et/ou d’utilisation du matériel en français** | Le soumissionnaire fournira le manuel d’opérations et/ou d’utilisation du matériel en français et le manuel d'entretien/ dépannage en Français | ☐ Oui ☐ Non | Confirmation que le manuel sera fourni dans la langue requise |
| **Promotion de genre et diversité au travail** | Le soumissionnaire doit partager sa politique interne en matière de promotion de genre et la diversité au travail et/ou préciser les mesures et actions qui sont en place. | ☐ Oui ☐ Non | Joindre la politique interne ou indiquer ici les mesures applicables |
| **Système de gestion environnementale ou santé et sécurité** | Le soumissionnaire doit démontrer que le fabricant est en possession d’un certificat valide confirmant ses bonnes pratiques en matière de gestion de l’environnement (ISO 14001 ISO 45001 ou équivalent). A défaut, le soumissionnaire doit partager sa politique interne ou les mesures y relatives. | ☐ Oui ☐ Non | Joindre le ISO ou la politique interne ou indiquer ici les mesures applicables |

**Exigences de livraison et tableaux comparatif de données pour TOUS le lots**

| **Exigences de l’UNOPS** | | **L’offre est-elle conforme?**  A compléter par le soumissionnaire | **Détails**  À compléter par le soumissionnaire |
| --- | --- | --- | --- |
| **Délai de livraison** | Le soumissionnaire devra livrer les biens dans un délai maximum de 4 mois décomposé comme suit:  **FCA: 2 mois**  **CPT: 2 mois**  suivant la signature du contrat. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails |
| **Lieu de livraison et normes Incoterms** | Selon les Incoterms 2020:  FCA: Port à déterminer  CPT: Port de Lomé, Togo | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails |
| **Détails sur le destinataire** | DAF/MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS  NOUVEAU CENTRE ADMINISTRATIF DES SERVICES BP: 336: Lomé Togo | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails |
| **Droit de l’UNOPS de modifier les besoins** | Au moment de l’adjudication du contrat, l’UNOPS se réserve le droit de modifier la quantité de biens et services connexes indiquée ci-dessus, à condition que la variation ne dépasse pas 20% de plus ou de moins par rapport aux quantités initialement requises, et sans changement du prix unitaire ni des autres termes et conditions de l’offre et de l’appel d’offres. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails |

**Annexe E : Formulaire d'expérience préalable**

Numéro de référence de la demande de cotations : [insérez le numéro de référence]

Nom du soumissionnaire : [Insérez le nom du soumissionnaire]

| **Description des services/biens** | **Pays** | **Montant total du contrat** | **Identification et titre du contrat et coordonnées du client**  **(Nom, adresse, numéro de téléphone, adresse e-mail, fax)** | **Année de réalisation du projet** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nom  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Annexe F : Formulaire d’autorisation du fabricant**

Dans le cadre de son offre, le soumissionnaire devra présenter une lettre émise par le fabricant dans laquelle celui-ci autorise le soumissionnaire à participer à cet appel d’offres, suivant le format indiqué dans la présente annexe.

Pour être considéré admissible pour la fourniture des biens, le soumissionnaire doit être soit le fabricant des biens proposés soit un représentant exclusif de ce fabricant auprès des Nations Unies. Si plus d’un représentant désigné soumet une offre présentant une certaine marque et un certain modèle, l’UNOPS se réserve le droit de n'en sélectionner qu'une seule parmi les deux.

Numéro de référence de l’appel d’offres : [insérez le numéro de référence]

Nom du soumissionnaire : [Insérez le nom du soumissionnaire]

Date : [insérez la date de soumission]

À : UNOPS

**ATTENDU QUE**

Nous [insérez la dénomination sociale complète du fabricant], fabricant officiel de [insérez le type de biens fabriqués], possédant une usine à [insérez l’adresse complète des usines du fabricant], autorisé par la présente [insérez le nom complet du soumissionnaire] à soumettre une offre dont le propos est de fournir les biens suivants, que nous fabriquerons, [insérez le nom et/ou une brève description des biens], et, par la suite, à négocier et signer le contrat.

Nous étendons par la présente notre pleine garantie et cautionnement, conformément à l’article 4.5 des Conditions générales applicables à la fourniture de biens​, concernant les biens proposés par la société susmentionnée.

Signé : ***[insérez la signature du (des) représentant(s) autorisé(s) du fabricant]***

Nom : ***[insérez le nom complet du (des) représentant(s) autorisé(s) du fabricant]***

Titre : ***[insérez le titre]***

Datée du \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***[insérez la date de signature]***