**Section III : Annexes de la soumission à renvoyer**

**Référence eSourcing :** ITB/2023/49245

Note à l’attention des soumissionnaires : Les annexes suivantes font partie de cette demande de cotations et les soumissionnaires devront les compléter et les renvoyer dans le cadre de leur cotation. 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 selon les instructions fournies et les présenter avec votre cotation, en les important sur le système eSourcing de l’UNOPS à l’emplacement spécifique correspondant à chaque document dans la Liste de contrôle.

Cette section comprend les formulaires d'appel d'offres à retourner suivants :

* Annexe A : Formulaire d’information sur le partenaire dans une coentreprise
* Annexe B : Formulaire de soumission d'offre
* Annexe C : Formulaire de bordereau de prix
* Annexe D : Formulaire d'offre technique
* Annexe E : Formulaire d'absence d'action défavorable
* Annexe F : Formulaire d'autorisation du fabricant
* Annexe G : Formulaire de déclaration de performance
* Annexe H: Formulaire d’information sur le représentant local

**Annexe A : Formulaire d’information sur le partenaire dans une coentreprise**

[Le soumissionnaire devra compléter ce formulaire conformément aux instructions indiquées ci-dessous.]

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]

Vous devez compléter et renvoyer la présente annexe si vous soumettez votre offre dans le cadre d’une coentreprise, un consortium ou un partenariat.

| **Informations sur la coentreprise / le consortium / partenariat** | |
| --- | --- |
| **Nom** | [complétez] |
| **Nom et coordonnées de chaque partenaire**  (adresse, numéro de téléphone, numéro de fax, adresse e-mail) | [complétez] |
| **Nom du partenaire principal** (possédant l’autorité nécessaire pour prendre des décisions contraignantes au nom de la coentreprise, du consortium ou du partenariat, au cours du processus de sollicitation et, en cas d’adjudication d’un contrat, pendant l’exécution du contrat) | [complétez] |
| **Suggestion de répartition de responsabilités entre les partenaires (en %), avec indication du type de biens / services que chaque partenaire doit fournir** | [complétez] |

**Signatures de tous les partenaires de la coentreprise :**

Par la présente, nous confirmons que, en cas d’adjudication d’un contrat, toutes les parties de la coentreprise, du consortium ou du partenariat seront conjointement et individuellement responsables auprès de l’UNOPS pour toute obligation découlant du contrat.

Nom du partenaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du partenaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Nom du partenaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du partenaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**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.

Nom du soumissionnaire : [Insérez le nom du soumissionnaire]

Date : [insérez la date de soumission]

Objet : Offre concernant la fourniture d**’Appareil de Radiodiagnostic Mobile Numérisé, Imprimante Médical et Équipement de Radioprotection - CPT Lomé, Togo**, N° de l’appel d’offres : [ITB/2023/49245], 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 Détails de la sollicitation, Période de validité de l’offre minimum 90 jours] 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 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 incluses 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**

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

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

Nom du soumissionnaire : [Insérer le nom du soumissionnaire]

| **Devise** | [Insérez la devise] |
| --- | --- |

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

**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** | **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. | Appareil de radiodiagnostic mobile numérisé | 15 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 2. | Reprographe / imprimante thermique à rayons X  Consommables pour chaque reprographe couleur:  4 boîtes/125 films pour format 43 x 43 cm  2 boîtes/125 films pour format 35 x 43 cm  2 boîtes/125 films pour format 28 x 35 cm  1 boîtes/125 films pour format 25 x 30 cm  1 boîtes/125 films pour format 20 x 25 cm | 15 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| 3. | Equipement de radioprotection (accessoires) - chaque kit est composé de:   * deux (2) tabliers plombés * deux (2) protège-gonades * deux (2) protège-thyroïdes * deux (2) lunettes de protection plombées | 15 | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** | **[Insérez]** |
| Prix Total - achat + livraison au port - Lomé | | | | |  | |

**Prix à titre d’information (options) - services connexes**

| **Article** | **Description des services\*** | **Quantité et unité mesure (a) , si applicable** | **Prix unitaire**  **(b), si applicable** | **Prix total par service**  **(a)x(b)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Installation et mise en service des équipements 1 & 2  Le lieu est à préciser (ville de Lomé)  Certificat de garantie à fournir | 15 unités |  |  |
| 2. | Une session de formation à la bonne utilisation et opération des équipements 1 & 2 - formation de 2 jours à prévoir  Rapport de formation à fournir | 2 jours |  |  |
| 3. | Plan de maintenance préventive des équipements 1 & 2 pendant la période de garantie - 12 mois (au moins 2 visites/maintenance) | 2 visites |  |  |
| **Prix total des services connexes** | | | |  |

**Informations sur la livraison**

| **Pays d’origine des produits fournis** |  | Produit 1 |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Produit 2 |  | | | |
|  | Produit 3 |  | | | |
| **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 |  |  |  |  |
|  |  | Total |  |  |  |  |

**Remise proposée par le soumissionnaire en cas de paiement anticipé :** \_\_\_\_% du prix total ferme pour chaque jour civil, à condition de ne pas dépasser les trente (30) jours.

**Liste de sous-traitants ou fournisseurs**

Le soumissionnaire doit préciser le nom de tous les sous-traitants / fournisseurs qui fourniront des biens / services dans le cadre de ce contrat ainsi que le type de travail sous-traité, le cas échéant.

* [Dénomination sociale complète et adresse des sous-traitants]
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Annexe D : Formulaire d’offre technique**

Numéro de référence de l’appel d’offres : [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 offre par rapport aux besoins de l’UNOPS, et insérer lesdits tableaux 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 constitueraient un motif pour disqualifier votre offre. Le soumissionnaire doit indiquer la marque, le modèle et les spécifications techniques de chaque article proposé. Tout manquement peut constituer une cause de rejet.

**Tableau résumé des besoins**

| **No** | **Description** | **Quantité** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Un appareil de radiodiagnostic mobile numérisé | 15 |
| 2 | Une reprographe / imprimante thermique à rayons X  Consommables pour chaque reprographe couleur:  4 boîtes/125 films pour format 43 x 43 cm  2 boîtes/125 films pour format 35 x 43 cm  2 boîtes/125 films pour format 28 x 35 cm  1 boîtes/125 films pour format 25 x 30 cm  1 boîtes/125 films pour format 20 x 25 cm | 15 |
| 3 | Equipement de radioprotection (accessoires)   * deux (2) tabliers plombés * deux (2) protège-gonades * deux (2) protège-thyroïdes * deux (2) lunettes de protection plombées | 15 |

1. **Spécifications techniques pour les biens et 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 | **Appareil de radiodiagnostic mobile numérisé**  Système de radiographie numérique mobile numérisé avec détecteur à écran plat sans fil pour effectuer des examens radiographiques et des investigations diagnostiques à la fois en salle d'opération,salle d’hospitalisation, service d'urgence, pédiatrie, orthopédie et soins intensifs.  Examens à réaliser: Radiographies 2D générales d'adultes, principalement radiographies pulmonaires, radiographies pédiatriques et néonatales et radiographies orthopédiques, entre autres pouvant faire au moins 30 examens par jour.  Convient pour être utilisé dans des environnements difficiles :   * Capacité à fonctionner avec succès dans diverses conditions défavorables à travers des caractéristiques comme: protection contre la poussière, aptitude à fonctionner en environnements avec fluctuations de puissance, aptitude à fonctionner dans des conditions d'humidité et de température élevées, aptitude à être utilisé sur des pentes et des types de sols difficiles assurant un transport sûr dans les environnements hospitaliers exigeants (exigences maximales d'inclinaison du sol) * Exigences d'installation pas compliqués ou spécifiques: l'installation ne doit pas poser de problèmes inhabituels * Formation et fonctionnement : aucun défi ou préoccupation majeure. Facile à apprendre. Manuel d'utilisation complète et facile à obtenir. * Maintenabilité: Pièces de rechange disponibles et facilement accessibles et aucun outil spécialisé n’est requis pour l’entretien et la maintenance.   Unite auto-propulsé (Self propelled) à roulettes motorisé avec colonne télescopique pour le positionnement de l'unité tête de tube  Avec un système anticollision actif sans contact qui arrête automatiquement l'unité mobile une fois qu'un obstacle est détecté pendant le mouvement  Nombre de places pour détecteurs de format d au moins 43 X 43 cm: Au moins 1  Générateur haute tension   * Puissance électrique kW @ 100 kVp: 32 kW minimum * Increments en: 1 kV min * Aluminum filter >2.5   Unité de tube à rayons X   * Contenu de chaleur d'anode : au moins 120 000 HU * Dissipation thermique continue de l'anode : pa moins de 14 000 HU/min * Temps maximum d’exposition: 4 sec * Maximum output, kVp   + Range: 40 min–120 min kVp   + Increments: 1 kV minimum   Mouvement du tube   * Rotating tube movement , Horizontal, vertical * Rotation Z axis: +/-90 minimum * Rotation en X axis: +/-90 minimum   Batterie   * Energy capacity : Au moins 300 expositions à 100 kV et 20 mA à pleine charge. * Type de Batterie: Cristal lead, lead acid ou lithium * Temps de charge: ≤ 8 heures * Peut également réaliser des expositions en utilisant la ligne AC secteur * Lorsque le moteur ou la batterie ne fonctionnent pas, la libre circulation par poussée doit être possible.   Détecteur à écran plat   * Transfert de données sans fil entre le détecteur et l'unité mobile * CR or DR * Wireless: Oui * 43 X 43 et un deuxième détecteur est nécessaire en cas de panne. * Etanchéité : IP56 minimum * Temps de transfert d’image pour montrer l’image a specifier in seconds à spécifier par fournisseur. * ~~Mémoire interne du détecteur à écran plat : minimum 1000 images~~ * Nombre d'images par charge de batterie à spécifier par fournisseur. * Temp d'accessibilité à l’image: moins de 10 sec après exposition   Collimateur   * Patient-Centering /Collimator * Champ d'éclairage : Type de lampe : LED   Système de Visualisation   * Poste de travail d'acquisition d'images totalement intégré à l'unité mobile * Programmes anatomiques : ≥500 * Size of built-in display monitor: minimum 17'' ecran tactile * Résolution : 1280 x 1024 minimum * Plage de réglage : 0,5 à 400 mAs * Fonctions d’affichage: Image Miroir / Zoom, Annotations, Mesures linéaires et angulaires, Inversion de niveaux de gris, Rotation d'image, Visualisation multi-images et possibilité d’ordonner à convenance et autres * Fonctions de contrôle:sélectionner ou insérer un patient/examen, vérifier et régler les paramètres de radiographie, effectuer l'exposition et acquérir l'image radiographique, visualiser, traiter ou archiver l'image.   Traitement d'image   * Correction de dispersion,Traitement des contrastes, Compression de plage dynamique, Réduction de bruit, Traitement multifréquence, Avec ou sans processus de suppression de motif de grille, Reconnaissance automatique du champ d'exposition.   Stockage/archivage et connectivité   * Tous les paramètres radiographiques définis pour l'acquisition sont stockés avec l'appareil et peuvent être revus avec l'image * DICOM 3.0 print, query, storage required minimum * Stockage d'images : 20000 images minimum * Connectivité Ethernet intégrée requise. * Capacité de stockage sur support amovible, pour transférer des données via différentes options (CD/DVD et/ou USB) * Envoyer des images via réseau sans fil et par câble doivent être fournies   Tension nominale: 220 Vca, 1 phase  Tolérance de tension : 230 VAC ±10  Fréquence nominale : 50 Hz ±2 Hz  Automatic line-voltage compensator  Capable of operating continuously in ambient temperatures of 10–40 °C and RH 20%-80%  **Accessoires:**   * Un onduleur online adapté à l'équipement et tout équipement de protection électrique nécessaire. * Un cache-poussière de protection au moins pour le panneau de commande. * Équipement fourni avec les fantômes d'assurance qualité nécessaires pour vérifier la qualité de l'image et l'étalonnage de l'appareil de radiographie mobile. * Software et licenses   **Standards**  Conformité aux normes internationales suivantes ou à l'équivalent régional ou national   * IEC 60601-1:2005+AMD1:2012 Appareils électromédicaux – Partie 1 : Exigences générales pour la sécurité de base et des performances essentielles. * IEC 60601-1-2:2014 Appareils électromédicaux – Partie 1-2 : Exigences générales pour la sécurité de base et performances essentielles – Norme collatérale : Compatibilité électromagnétique – Exigences et tests. * IEC 60336:2005 Ensembles de tubes à rayons X pour le diagnostic médical * IEC 60601-1-3:2008+AMD1:2013 Partie 1-3 : Exigences générales pour la sécurité de base et les performances essentielles– Norme collatérale : Radioprotection dans les équipements de diagnostic à rayons X. * IEC 60601-2-28:2017 Partie 2-28 : Exigences particulières pour la sécurité de base et les performances essentielles des ensembles de tubes à rayons X pour le diagnostic médical. * IEC60601-2-54:2009+AMD1:2015+AMD2:2018 Partie 2-54 : Exigences particulières pour la sécurité de base et performances essentielles des équipements à rayons X pour la radiographie et la fluoroscopie. | 15 | ☐ 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 | **Reprographe/ Imprimante thermique à rayons X**  Reprographe pour imprimer les X Rays provenant d’X Ray mobile  Débit: 30 impression grand format par heure minimum.  Technologie Photo Thermographie, DDI direct digital imaging (laser sans chimie) ou technologie equivalent  Avec 2 trays pour le films  Interface DICOM 3.0 pour integracion  Acceptable pour différents formats 43 x 43, 35 x 43 cm, 28 x 35 cm, 25 x 30 cm et 20 x 25 cm, avec deux de ces formats sélectionnables directement.  Connexion réseau wi fi  Connexion Ethernet  Network Protocols: (TCP/IP) FTP, Telnet, HTTP, SNMP, SMTP, LPD  Alimentation électrique: 220 +/- 10% VAC, 50 +/- 2 Hz  Accessoires:    Câbles et tout accessoire indispensable pour la connexion  Software et licenses  Consommables pour chaque reprographe couleur:  4 boîtes/125 films pour format 43 x 43 cm  2 boîtes/125 films pour format 35 x 43 cm  2 boîtes/125 films pour format 28 x 35 cm  1 boîtes/125 films pour format 25 x 30 cm  1 boîtes/125 films pour format 20 x 25 cm  **Standards**   * IEC 60601-1:2005+AMD1:2012 Appareils électromédicaux – Partie 1 : Exigences générales pour la sécurité de base et des performances essentielles. * IEC 60601-1-2:2014 Appareils électromédicaux – Partie 1-2 : Exigences générales pour la sécurité de base et performances essentielles – Norme collatérale : Compatibilité électromagnétique – Exigences et tests. | 15 | ☐ 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 | **Equipement de radioprotection (accessoires)**  **Chaque kit d’accessoires sera composé de:**  Deux tabliers plombés   * Equivalence. Pb : 0.50 mm * Taille unique -minimum longueur 110 cm - largeur 60 cm * Matériau: Nylon   Deux protège-gonades   * Equivalence. Pb : 10 mm * Protection Anti-X maintenue par ceinture à l'aide d'un velcro. * Matière : polyuréthane   Deux protège-thyroïdes   * Equivalence. Pb : 0.50 mm * Col réglable grâce à la fermeture de Velcro   Deux lunettes de protection plombées   * Paire de lunettes plombées 0,75 mm, spécialement adaptées pour la radiologie interventionnelle. * Paire de lunette bénéficiant d’une vision latérale protégée par un verre plombé 0,50 mm afin de garantir une parfaite protection des yeux | 15 | ☐ 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, 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**

| **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 (Ancient GHTF). 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) . * 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, à compter de la mise en marche de l’équipement.  Service: la garantie couvre les services de maintenance préventive et de réparation/remplacement d’équipements ou pièces de rechange 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 |
| **SERVICE APRÈS VENTE** | Services après vente: Le soumissionnaire doit fournir le coordonnés/profil du partenaire/représentant au niveau local ou régional (pays dans la zone géographique) (nom, point focal, situation légale, coordonnées, services fournis et expérience dans le domaine) à contacter en cas de besoin  Note : Dans le cas où le représentant local est situé dans la région et non exactement au Togo, le fournisseur doit assurer la diligence des services tout au long de l'utilisation de l'équipement en s'engageant à établir un partenariat au Togo, en cas d'attribution d'un contrat. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des additionnels et joindre l’annexe H - information sur le partenaire local ou régiona |
| **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 écrite ici que le manuel d’utilisation 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 | Indiquer les mesures qui sont d’application et/ou joindre la politique en cours |
| **Système de gestion environnementale ou Système de santé/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 ou ISO 45001 ou équivalent). A défaut, le soumissionnaire doit partager sa politique interne ou les mesures y relatives. | ☐ Oui ☐ Non | Joindre le certificat ISO 14001 ou ISO 45001 équivalent ou la politique interne ou les mesures applicables |

1. **Exigences de livraison et tableaux comparatif de données**

| **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 **100 jours** suivant la signature du contrat. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails |
| **Lieu de livraison et normes Incoterms** | Selon les Incoterms 2020:  CPT: Port de Lomé, Togo  Le fournisseur devra fournir l’ensemble des documents requis pour les formalités douanières relatives à l’importation des biens dans le pays. | ☐ Oui ☐ Non | Donnez des détails |
| **Détails sur le destinataire** | Ministère de la Santé - Gouvernement du 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 |

1. **Inspections et tests**

UNOPS se réserve le droit d'effectuer une inspection avant l'expédition et/ou à l'arrivée et si l’équipement ne répond pas aux spécifications établies, le fournisseur devra prendre des mesures immédiates pour remédier aux défauts ou remplacer les équipements défectueux de façon à satisfaire l’acheteur.

Les biens et services connexes présentés (le cas échéant) sont conformes aux spécifications requises et aux besoins stipulés dans la Section II : Liste des besoins.

☐ Oui ☐ Non

TOUT ÉCART DOIT ÊTRE INDIQUÉ CI-DESSOUS :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si le fournisseur prévoit qu’il sera nécessaire d’engager des sous-traitants, le fonctionnaire chargé des achats devra insérer ce qui suit :

Liste de sous-traitants ou fournisseurs

Le soumissionnaire doit préciser le nom de tous les sous-traitants / fournisseurs qui fourniront des biens / services dans le cadre de ce contrat ainsi que le type de travail sous-traité, le cas échéant.

(A) [Dénomination sociale complète et adresse des sous-traitants]

(B) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Annexe E: Formulaire de confirmation de l'absence d'action défavorable**

Numéro de référence de l'appel d'offres : [insérer le numéro de référence de l'appel d'offres].  
Nom du soumissionnaire : [insérer le nom du soumissionnaire]  
Date : [insérer la date de soumission]

Nous certifions par la présente que [supprimer l'option non souhaitée] :

Aucune mesure défavorable n'a été prise à l'encontre du Soumissionnaire [insérer le nom du Soumissionnaire] et des fabricants [insérer les noms des fabricants] dont les produits sont proposés par le Soumissionnaire dans le cadre du présent appel d'offres, au cours des cinq (5) dernières années.

Les cas suivants de performances antérieures ont donné lieu à des actions négatives à l'encontre du Soumissionnaire [insérer le nom du Soumissionnaire] et des fabricants [insérer les noms des fabricants] dont les produits sont proposés par le Soumissionnaire, au cours des 5 (cinq) dernières années. Ces actions négatives comprennent :

[Indiquer la date, les motifs et le résultat des actions négatives, c'est-à-dire la suspension ou l'annulation de la licence de fabrication par les autorités réglementaires, les rappels de produits, l'inscription sur liste noire, l'exclusion de l'appel d'offres, etc.]

Name : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Title : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Annexe F : Lettre 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]***

**Annexe G : Formulaire d’expérience préalable**

**(Contrats pour des biens similaires déjà exécutés ou en cours)**

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]

| **Commande passée par (insérez l’adresse complète de l’acheteur)** | **Numéro et date de la commande** | **Description et quantité des produits commandés** | **Valeur de la commande** | **Date finale de livraison** | | **Motifs de la livraison tardive, le cas échéant** | **La fourniture des biens a-t-elle été satisfaisante ?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Selon le contrat** | **Réelle** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

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

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

**Annexe G : Formulaire d’information sur le représentant ou partenaire**

[Le soumissionnaire devra compléter ce formulaire conformément aux instructions indiquées ci-dessous.]

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]

Vous devez remplir et retourner ce formulaire pour fournir des détails sur le représentant/partenaire local de la marque proposée.

Les soumissionnaires doivent fournir toutes les informations concernant le représentant/partenaire local, et surtout leurs coordonnées.

| Information sur le partenaire ou représentant local de la marque proposée | |
| --- | --- |
| Nom du représentant/partenaire local de la marque (Togo ou pays frontalier ou régional) | [insert] |
| Adresse du siège social du représentant | [insert] |
| Nom et coordonnées du responsable (adresse, numéro de téléphone, numéro de fax, adresse e-mail) | [insert] |
| Informations légales sur le représentant/partenaire (numéro fiscal, brevet, déclaration fiscale) | [insert] |
| Informations sur la capacité opérationnelle du représentant/partenaire (expérience, personnel technique) | [insert] |

Signatures de tous les partenaires :

Nous confirmons par la présente qu'en cas d'attribution d'un contrat, toutes les parties à la coentreprise, au consortium de partenariat ou à la représentation seront solidairement responsables envers l'UNOPS de toute obligation découlant du contrat.

Pour le soumissionnaire : Pour représentant de la marque :

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

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

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