**MERCY CORPS - INTENTION DE SOUMISSIONNER**

(N'envoyez pas d'offres ou de propositions avec le formulaire d'intention de soumissionner)

|  |  |
| --- | --- |
| **Pays :** | Senegal |
| **Bureau :** | Dakar |
| **Titre de l'activité d’achat :** | Projet de la police d’assurance santé Mercy corps Senegal. |
| **Numéro de référence de l'appel d'offres :** | MCSN-AP0001 |

Nous avons l'intention de soumettre une offre ou une proposition en réponse à cette sollicitation dès réception de l’appel d’offres ou de l’appel à propositions, accompagné d'instructions complètes.

Nous comprenons qu'il s'agit d'une intention de soumissionner qui n'oblige en rien l'entreprise à participer à ce processus. En outre, cette intention de soumissionner ne constitue pas une obligation transactionnelle entre Mercy Corps et les soumissionnaires prévus.

Vous trouverez ci-dessous les informations requises pour recevoir l’appel d’offres/l’appel à propositions :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l'organisation** |  |
| **Personne à contacter** |  |
| **Numéro de téléphone principal** |  |
| **Autre téléphone (le cas échéant)** |  |
| **Courriel professionnel** |  |
| **Adresse professionnelle** | |
| Numéro de la maison / du bâtiment |  |
| Rue |  |
| Rue (le cas échéant) |  |
| Ville |  |
| Code postal (le cas échéant) |  |
| Pays |  |

**Questions obligatoires - Veuillez indiquer votre préférence (une seule réponse par question) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Questions** | **Réponse**  **(Veuillez entourer)** | |
| 1 | Nous avons l'intention de soumettre notre offre ou notre proposition par courrier électronique.  Nous souhaitons que l’appel d’offres ou l’appel à propositions soit envoyé par courrier électronique. | Oui | Non |
| 2 | Nous avons l'intention de soumettre notre offre ou notre proposition en la déposant dans la boîte prévue à cet effet (« Tender Box »).  Nous souhaitons que les documents de l’appel d’offres ou de l’appel à propositions soient fournis ou mis à disposition en version papier. | Oui | Non |

L’organisation déclare par la présente son intention de participer à la procédure d'appel d'offres concurrentiel.

|  |  |
| --- | --- |
| **Formulaire rempli par (nom et fonction)** |  |
| **Numéro(s) de téléphone :** |  |
| **Signature (uniquement en cas de dépôt en personne) :** |  |
| **Date :** |  |

**Réservé à un usage interne**

**Notes officielles**

*(à remplir uniquement par le responsable des achats de Mercy Corps)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable des achats (nom et fonction)** |  |
| **Signature** |  |
| **Date** |  |