**RFP 23-4943**

APPEL D’OFFRES (RFP)

**PRESTATION DE SERVICES**

PARTIE 5 : ANNEXES 1-4

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet :** | **Traducteurs-Réviseurs freelances (anglais vers français)** |
| **Nature des** services | Services de traduction et de révision de l’anglais vers le français |
| **Lieu :** | Depuis le lieu de résidence habituelle |
| **Date de publication :** | 13/01/2023 |
| **Date de clôture :** | 26/02/2023 |
| **Référence CPS :** | RFP23-4943 |

**RFP 23-4943**

# Partie 5 : FORMULAIRES DE SOUMISSION DE L’OFFRE

# Annexe 1 : LETTRE DE SOUMISSION

Madame, Monsieur,

Après avoir examiné les documents d’invitation à soumissionner, dont nous accusons réception par la présente, nous soussignés proposons de fournir les services requis pour le montant tel que défini par la CPS.

Nous reconnaissons que :

* la CPS peut, à tout moment, exercer chacun de ses droits énoncés dans les documents d’appel d’offres ;
* les déclarations, les avis, les projections, les prévisions et autres informations contenus dans les documents d’appel d’offres peuvent changer ;
* les documents d’appel d’offres ne sont qu’un résumé des conditions requises par la CPS et ne constituent en aucun cas une description exhaustive de ces dernières ;
* la présentation des documents d’appel d’offres, l’acceptation des soumissions ou la conclusion d’accords fondés sur lesdits documents ne signifient en aucun cas que des modifications significatives n’ont pas été apportées aux documents, par la CPS ou en son nom, depuis la date de leur élaboration ou de l’entrée en vigueur des informations qu’ils contiennent ; et que
* la CPS, ses représentants officiels, ses employés, ses conseillers et ses agents déclinent toute responsabilité, sauf celles prescrites par la loi et dans la limite requise par cette dernière, envers toute personne ou organisme du fait des pertes, dommages, coûts ou dépenses, quelle qu’en soit la nature, nés de toute représentation, avis, projections, prévisions ou déclarations, ou liés à ceux-ci, qu’ils soient implicites ou explicites, contenus ou omis dans les documents d’appel d’offres.

Nous nous engageons, si notre soumission est acceptée, à entreprendre et effectuer la livraison de l’ensemble des éléments figurant dans le contrat dans les délais impartis.

Nous sommes conscients que la CPS n’est pas tenue d’accepter les soumissions qu’elle reçoit et qu’un contrat ne sera contraignant qu’à l’issue des négociations finales.

|  |
| --- |
| **Pour le soumissionnaire** : *[Insérez ici le nom de l’entreprise]* |
| Signature :  Nom du**·**de la représentant**·**e : *[Insérez ici le nom du·de la représentant·e]*  Fonction : *[Insérez ici la fonction du·de la représentant·e]* |
| Date : *[Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date]* |

**RFP 23-4943**

# Annexe 2 : DÉCLARATION DE CONFLIT D’INTÉRÊTS

##### **INSTRUCTIONS À L’ATTENTION DES SOUMISSIONNAIRES**

Qu’est-ce qu’un conflit d’intérêts ?

Un conflit d’intérêts peut survenir du fait d’intérêts économiques ou commerciaux, d’affinités politiques, syndicales ou nationales, de liens familiaux, culturels ou sentimentaux, ou **de** **tout autre type de relation ou d’intérêt commun entre le soumissionnaire et une personne liée à l’autorité contractante** (membre du personnel de la CPS, consultant·e ou tout·e autre spécialiste ou collaborateur·rice mandaté·e par la CPS).

Un conflit doit toujours être déclaré

L’existence d’un conflit d’intérêts potentiel ou apparent n’empêche pas nécessairement le soumissionnaire concerné de prendre part à un processus d’achat. **Cependant, il est essentiel que les personnes concernées déclarent l’existence d’un tel conflit, afin de permettre à la CPS de prendre les mesures appropriées pour atténuer celui-ci et prévenir les risques associés.**

Les soumissionnaires sont donc invités à déclarer toute situation, tout fait ou tout lien qui pourrait générer, à leur connaissance, un conflit d’intérêts réel, potentiel ou apparent.

Un conflit peut et doit être déclaré à tout moment

Les conflits d’intérêts peuvent survenir à tout moment au cours du processus d’achat ou de l’exécution d’un contrat (par exemple en cas de nouveau partenaire dans le projet) ou du fait d’un changement intervenant dans la vie personnelle (par exemple un mariage, un héritage, une transaction financière, la création d’une entreprise). Si un tel lien est établi et pourrait être perçu par une personne raisonnable comme susceptible d’influencer une décision, une déclaration de la situation est nécessaire. En cas de doute, une situation de conflit doit être déclarée.

Un conflit doit être déclaré pour toute personne impliquée

Une déclaration doit être effectuée pour chaque personne impliquée dans la soumission (principal·e représentant·e du soumissionnaire, sous-traitants potentiels, consultant·e, etc.).

Non-déclaration

Si un conflit d’intérêts potentiel n’est pas déclaré, le soumissionnaire peut se voir refuser un contrat ou être inscrit par la CPS sur sa liste des fournisseurs non responsables.

**RFP 23-4943**

##### **DÉCLARATION**

Je soussigné·e *[nom du·de la représentant·e du soumissionnaire]*, agissant au nom et pour le compte de l’entreprise *[nom de l’entreprise]*, déclare que :

|  |  |
| --- | --- |
|  | À ma connaissance, je ne me trouve pas dans une situation de conflit d’intérêts. |
|  | Il existe un conflit d’intérêts potentiel s’agissant de ma relation *[sélectionnez le type de relation]* avec *[nom de la personne concernée]* en sa qualité de *[poste/fonction/lien personnel ou familial avec la personne concernée]*, bien qu’à ma connaissance, cette personne ne soit pas directement ou indirectement impliquée dans aucune étape du processus d’achat. |
|  | Il existe un conflit d’intérêts potentiel s’agissant de ma relation *[sélectionnez le type de relation]* avec *[nom de la personne concernée]* en sa qualité de *[poste/fonction/lien personnel ou familial avec la personne concernée]*, cette personne étant, à ma connaissance, directement ou indirectement liée au processus d’achat. |
|  | À ma connaissance, une autre situation pourrait potentiellement créer un conflit d’intérêts :  *[Décrivez la situation qui pourrait constituer un conflit d’intérêts]* |

En outre, je m’engage à :

* déclarer sans délai à la CPS toute situation constituant un potentiel conflit d’intérêts ou susceptible de donner lieu à un conflit d’intérêts ;
* ne pas octroyer, solliciter, obtenir ou accepter un avantage, qu’il soit financier ou en nature, à ou de la part de toute personne si ledit avantage constitue une pratique déloyale ou une tentative de fraude ou de corruption, de manière directe ou indirecte, ou représente une forme de gratification ou de récompense liée à l’attribution du contrat ;
* fournir des informations exactes, exhaustives et de bonne foi à la CPS en lien avec le présent processus d’achat.

Je reconnais que je et/ou mon entreprise et/ou mes associés qui soumettent de manière conjointe et solidaire une offre dans le cadre de **l’appel d’offres RFP23-4943** peux/peut/peuvent faire l’objet de sanctions, par exemple être inscrit(s) sur la liste de fournisseurs non responsables de la CPS, s’il est établi que de fausses déclarations ont été faites ou que de fausses informations ont été données.

|  |
| --- |
| **Pour le soumissionnaire** : *[Insérez ici le nom de l’entreprise]* |
| Signature :  Nom du**·**de la représentant**·**e : *[Insérez ici le nom du·de la représentant·e]*  Fonction : *[Insérez ici la fonction du·de la représentant·e]* |
| Date : *[Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date]* |

**RFP** **23-4943**

# Annexe 3 : INFORMATIONS SUR LE SOUMISSIONNAIRE ET DILIGENCE RAISONNABLE

Merci de bien vouloir compléter le questionnaire ci-après et de fournir les pièces justificatives demandées, le cas échéant.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMATIONS SUR LE FOURNISSEUR | | | | | | | | | | |
| **Êtes-vous déjà enregistré comme fournisseur auprès de la CPS ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| 1. **Veuillez fournir des informations sur votre établissement.** | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’entité** | *[Indiquez le nom de la société]* | | | | | | **Adresse** | *[Indiquez l’adresse]* | | |
| **Directeur·rice/PDG** | *[Indiquez le nom de la personne dirigeant l’établissement]* | | | | | | **Fonction** | *[Indiquez la fonction de la personne dirigeant l’établissement]* | | |
| **Numéro d’immatriculation/de licence de l’entreprise** | | *[Indiquez le numéro d’immatriculation/de licence de la société (ou numéro d’identification fiscale)]* | | | | | | | | |
| **Date d’immatriculation** | | *[Indiquez la date d’immatriculation de la société]* | | | | | | | | |
| **Pays d’immatriculation** | | *[Indiquez le pays d’immatriculation de la société]* | | | | | | | | |
| **Statut de l’entité :**  Établissement à but lucratif (société)  ONG  Organisation internationale  Organisme gouvernemental  Université  Association  Institut de recherche  Autre : *[précisez]* | | | | | | | | | | |
| 1. **Veuillez fournir la documentation pertinente pour appuyer et vérifier l'existence légale de l'entité, l’autorité de son responsable et son adresse, telle que : :** | | | | | | | | | | |
| Document de délégation de pouvoir ou de procuration  Certificat d’immatriculation/licence  Statuts (associations)  Facture de téléphone, d’eau ou d’électricité au nom de l’établissement  Relevé d’identité bancaire au nom de l’établissement | | | | | | | | | | |
| 1. **Combien d’employés comptent votre société et ses filiales ?** | | | | | | *[Indiquez la réponse]* | | | | |
| 1. **Disposez-vous d’une assurance professionnelle contre tout risque pour vos employés, vos sous-traitants, vos biens et vos équipements ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Non », de quel type d’assurance disposez-vous ?* | | | | | *[Indiquez la réponse]* | | | | | |
| 1. **Êtes-vous à jour de vos obligations de paiement en matière fiscale et de sécurité sociale ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Non », merci d’expliquer votre situation* | | | | *[Expliquez]* | | | | | | |
| 1. **Votre établissement est-il régulé par une autorité nationale ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Oui », merci d’en indiquer le nom :* | | | *[Insérez le nom de l’autorité de régulation nationale]* | | | | | | | |
| 1. **Votre établissement est-il une entreprise publique ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| 1. **Votre établissement dispose-t-il d’un rapport annuel accessible au public ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Veuillez envoyer à la CPS vos états financiers vérifiés des 3 derniers exercices financiers si vous en disposez* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DILIGENCE RAISONNABLE | | | | | | | | | | |
| 1. **Votre établissement a-t-il des filiales et/ou des succursales étrangères ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, veuillez indiquer s’il possède les antennes suivantes :* | | | | | | | | | | |
| * Siège, et succursales nationales | | | | | | | | | Oui | Non |
| * Filiales nationales | | | | | | | | | Oui | Non |
| * Succursales étrangères | | | | | | | | | Oui | Non |
| * Filiales étrangères | | | | | | | | | Oui | Non |
| 1. **Votre établissement fournit-il des services financiers à des clients réputés à haut risque, notamment, mais pas seulement :** | | | | | | | | | | |
| Institutions financières étrangères | | Oui | Non | | | | Casinos | | Oui | Non |
| Activités nécessitant beaucoup d’espèces | | Oui | Non | | | | Instances gouvernementales étrangères | | Oui | Non |
| Personnes physiques non résidentes | | Oui | Non | | | | Prestataires de services monétaires | | Oui | Non |
| Autres, *veuillez préciser*: | *[Précisez]* | | | | | | | | | |
| 1. **Si vous avez coché « oui » pour l’une des catégories énumérées à la question 10, les politiques et procédures de votre établissement indiquent-elles précisément comment atténuer les risques éventuels liés à ces types de clients ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Oui », veuillez expliquer de quelle manière :* | | | | | | *[Expliquez]* | | | | |
| 1. **Votre établissement dispose-t-il d’une politique écrite, de dispositifs de contrôle et de procédures raisonnablement conçus pour prévenir et déceler les activités de fraude, de corruption, de blanchiment d’argent et de financement du terrorisme ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Oui », merci de bien vouloir transmettre votre politique (en anglais) à la CPS.* | | | | | | | | | | |
| *Si « Non », quelle procédure a été mise en place au sein de votre établissement pour prévenir et déceler les activités de blanchiment d’argent et de financement du terrorisme ?* | | | | | | | | *[Indiquez la réponse]* | | |
| 1. **Votre établissement dispose-t-il d’un responsable de la lutte contre la corruption, le blanchiment d’argent et le financement du terrorisme ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Oui », veuillez indiquer ses coordonnées :* | | | | | *[Indiquez le nom et les coordonnées de la personne en question]* | | | | | |
| 1. **Votre établissement ou l’un·e des directeur·rices ou PDG, ancien·nes ou actuel·les, a-t-il/elle déjà été déclaré·e en faillite ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Oui », merci de donner plus de détails :* | | | | *[Précisez]* | | | | | | |
| 1. **Votre établissement ou l’un·e des directeur·rices ou PDG, ancien·nes ou actuel·les, a-t-il/elle déjà fait l’objet d’une enquête ou d’une mesure coercitive d’ordre pénal ou réglementaire pour non-respect de lois et règlements, notamment sur le blanchiment d’argent ou le financement du terrorisme ?** | | | | | | | | | Oui | Non |
| *Si « Oui », merci de donner plus de détails :* | | | | *[Précisez]* | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RESPONSABILITÉ SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE (RSE) | | | | | |
| 1. **Votre établissement dispose-t-il d’une politique écrite, de dispositifs de contrôle et de procédures pour concrétiser ses engagements en matière de RSE ?** | | | | Oui | Non |
| *Si « Oui », merci de bien vouloir transmettre votre politique (en français ou en anglais) à la CPS.* | | | | | |
| *Si « Non », quel dispositif a été mis en place au sein de votre établissement pour garantir votre responsabilité sociale et environnementale ?* | | | *[Indiquez la réponse]* | | |
| **Vos politique ou procédures couvrent-ils les domaines suivants ?**  Protection de l’enfance  Droits de la personne  Égalité de genre  Inclusion sociale  Harcèlement sexuel, violences sexuelles ou exploitation sexuelle  Responsabilité environnementale | | | | | |
| *Veuillez décrire les principales actions que vous avez entreprises dans ces domaines :* | *[Indiquez la réponse]* | | | | |
| 1. **Votre établissement dispose-t-il d’un responsable en charge de la responsabilité sociale et environnementale (RSE) ?** | | | | Oui | Non |
| *Si oui, veuillez indiquer ses coordonnées :* | | *[Indiquez le nom et les coordonnées de la personne en question]* | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| PIECES JOINTES A FOURNIR (le cas échéant) | |
| * Certificat d’immatriculation/licence |  |
| * Relevé d’identité bancaire |  |
| * Preuves de l’adresse de l'entité et de l'autorité du dirigeant |  |
| * États financiers audités des trois derniers exercices |  |
| * Politique de lutte contre la fraude, la corruption, le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme |  |
| * Politique RSE |  |

Je déclare que les informations fournies ci-dessus sont, à ma connaissance, vraies, correctes et exhaustives, et que les pièces justificatives transmises sont authentiques et ont été obtenues légalement auprès de l’autorité compétente.

Je déclare qu’aucun fonds reçu par mon entreprise ou devant lui être versé ne sera utilisé dans le cadre d’activités criminelles, notamment pour financer le terrorisme ou blanchir de l’argent.

En envoyant la présente déclaration à la CPS, j’accepte que mes informations professionnelles et personnelles soient utilisées par la CPS à des fins de diligence raisonnable. Je comprends et accepte également que la CPS traite toute information personnelle reçue en lien avec mon offre conformément à sa [Politique de protection des renseignements personnels](http://purl.org/spc/digilib/doc/fbire) et aux [Directives relatives au traitement des renseignements personnels des soumissionnaires et des demandeurs de subventions](http://purl.org/spc/digilib/doc/qiy7x).

|  |
| --- |
| **Pour le soumissionnaire** : *[Insérez ici le nom de l’entreprise]* |
| Signature :  Nom du**·**de la représentant**·**e : *[Insérez ici le nom du·de la représentant·e]*  Fonction : *[Insérez ici la fonction du·de la représentant·e]* |
| Date : *[Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date]* |

**RFP 23-4943**

# Annexe 4 : FORMULAIRE DE SOUMISSION DE L’OFFRE TECHNIQUE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Exigences techniques | | |
| Expérience et personnel désigné/sous-traitants | | |
| **Expérience :** | **Expérience :** | |
| *[Donnez des détails sur l’expérience requise]* | |
| **Coordonnées de trois références** | |
| 1. Nom du client : *[Indiquez le nom du client 1]* | |
| Nom du contact : | *[Indiquez le nom du contact]* |
| Coordonnées : | *[Indiquez les coordonnées du contact]* |
| Montant du contrat : | *[Indiquez le montant du contrat]* |
| 1. Nom du client : *[Indiquez le nom du client 2]* | |
| Nom du contact : | *[Indiquez le nom du contact]* |
| Coordonnées : | *[Indiquez les coordonnées du contact]* |
| Montant du contrat : | *[Indiquez le montant du contrat]* |
| 1. Nom du client : *[Indiquez le nom du client 3]* | |
| Nom du contact : | *[Indiquez le nom du contact]* |
| Coordonnées : | *[Indiquez les coordonnées du contact]* |
| Montant du contrat : | *[Indiquez le montant du contrat]* |

**Documents complémentaires à fournir :**

Il est demandé aux soumissionnaires de joindre un CV et une lettre de motivation leur permettant de justifier de leurs qualifications et expériences.

Il est également demandé que le dossier de candidature précise les services proposés selon le tableau ci‑dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domaine d’activité ciblé** | **Oui / Non** | **Nombre d’années d’expérience correspondantes** |
| TRADUCTION |  |  |
| RÉVISION |  |  |

|  |
| --- |
| **Pour le soumissionnaire** : *[Insérez ici le nom de l’entreprise]* |
| Signature :  Nom du**·**de la représentant**·**e : *[Insérez ici le nom du·de la représentant·e]*  Fonction : *[Insérez ici la fonction du·de la représentant·e]* |
| Date : *[Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date]* |