****

**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS**

**CABINET DE CIBLAGE**

1. **Statut juridique**
	1. **CAS d'une seule Firme**

Dénomination :

Année de création : Nombre d’années d’existence :

Document d’enregistrement :

Référence :

Date de délivrance :

Carte Statistique :

N° de la Carte Statistique :

Date de délivrance :

N° de la carte Fiscale :

***NB : La régularisation de sa carte fiscale pour l’année en cours est obligatoire pour pouvoir être adjudicataire d’un contrat.***

Adresse :

Postale

Téléphone(s) : Electronique :

Renseignement sur le représentant dûment habilité du Prestataire :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom(s) | Adresse personnelle exacte | Téléphone | Mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. **CAS d'un Consortium**

Dénomination : CONSORTIUM "................. - ................... - .................."

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Noms des membres | Adresse | Année de création |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Documents d’enregistrement des membres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Noms des membres | Référence du document  | Date de délivrance  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Carte Statistique et NIF :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Noms des membres | N° de la Carte Statistique | Date de délivrance  | N° d’Identité Fiscale (NIF)  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adresse du Consortium (adresse convenue par les parties) :

Postale :

Téléphone(s) : Electronique :

Renseignement sur le représentant dûment habilité du Prestataire :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom(s) | Adresse personnelle exacte | Téléphone | Mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Coordonnées bancaires**

Intitulé du compte :

N° de compte :

RIB :

Nom et Adresse de la Banque :

Noms et Prénom(s) des Ayants pouvoir de signature :

1. **Expériences des trois (03) dernières années**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année | Intitulé des prestations | Clients | Bailleurs |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Expériences avec le FID**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année | Intitulé des prestations | Zone d’intervention | Bailleurs |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Les firmes ayant des contrats résiliés avec le FID pendant les deux dernières années ne sont pas éligibles***

1. **Choix des zones d’intervention**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Région(s)** | **District(s)** | **Communes** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Informations importantes**
2. Tout changement ultérieur relatif aux informations fournies dans la présente fiche de présélection sera communiqué à la Direction Inter Régionale du FID.

Nous déclarons que les informations communiquées dans la présente fiche de présélection sont sincères et exactes.

Fait à , le