

## DEMANDE DE MANIFESTATION D'INTÉRÊT

Port-au-Prince, 28 octobre 2024

### DEMANDE DE MANIFESTATION D'INTÉRÊT (DMI) DMI - PAM/PROC/G&S 006/2024.

#### **DIAGNOSTIC DE LA PREVALENCE DES AFLATOXINES ET AMELIORATION DES PRATIQUES AGRICOLES ET GESTION DES CEREALES DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ALIMENTATION SCOLAIRE EN HAÏTI**

POUR LA PRÉQUALIFICATION ET L'ENREGISTREMENT DES FOURNISSEURS POTENTIELS **DIAGNOSTIC DE LA PREVALENCE DES AFLATOXINES ET AMELIORATION DES PRATIQUES AGRICOLES ET GESTION DES CEREALES DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ALIMENTATION SCOLAIRE EN HAÏTI.**

**Date limite de dépôt des dossiers : le 12 novembre 2024 à 4h30 heure P.M. (heure d'Haïti)**

#### **A. CONTEXTE**

1. Le Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies, ci-après, dénommé « PAM », dont le Siège est situé à Via C.G. Viola, 68/70, 00148 Rome, l'Italie est la principale organisation humanitaire qui sauve des vies et change des vies, fournit une aide alimentaire dans les situations d'urgence et travaille avec les communautés pour améliorer la nutrition et renforcer la résilience en aidant près de 100 millions de personnes dans environ 83 pays chaque année. Environ 17 000 personnes travaillent pour l'organisation, la plupart dans des régions éloignées, au service direct des pauvres affamés.
2. Le PAM cherche à mettre à jour sa base de données des fournisseurs de Services en Haïti.
3. Les entreprises/organisations locales agréées et en règle avec l'administration publique pour exercer leurs activités en Haïti devront envoyer les documents requis par la DMI dûment remplis, signés et scellés.
4. Le PAM invite les fournisseurs ayant au moins 3 ans de fonctionnement à exprimer leur intérêt à fournir le Service suivant : **DIAGNOSTIC DE LA PREVALENCE DES AFLATOXINES ET AMELIORATION DES PRATIQUES AGRICOLES ET GESTION DES CEREALES DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ALIMENTATION SCOLAIRE EN HAÏTI.**

#### **B. LE BUT DE CETTE DMI**

5. Le but de cette demande de manifestation d'intérêt (DMI) est d'/de :
  - Réaliser un diagnostic représentatif complet avec des tests analytiques sur la situation des aflatoxines ;
  - Élaborer un plan d'amélioration des pratiques agricoles, de récolte, post-récolte, de stockage, de distribution et de gestion des achats.
  - Former les OPAs et les partenaires sur la gestion des grains de base, y compris le contrôle qualité (échantillonnage), les bonnes pratiques de stockage, le contrôle des nuisibles et des insectes, et toutes les activités visant à réduire la probabilité de présence d'aflatoxines.
  - Organiser un atelier avec les autorités haïtiennes compétentes, afin de partager des connaissances et des bonnes pratiques sur la gestion des aflatoxines et la sécurité sanitaire alimentaire.
  - Réaliser un diagnostic final pour confirmer que les mesures de gestion des grains ont réduit les aflatoxines dans les produits distribués.

Les fournisseurs éligibles seront invités à participer aux procédures d'appel d'offres pour la fourniture du service susmentionné.

6. L'admissibilité à participer aux appels d'offres seront déterminées et mentionnées dans les lettres d'appels d'offres.

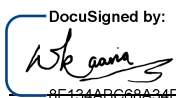
## DEMANDE DE MANIFESTATION D'INTÉRÊT

### C. COMMENT PRÉPARER ET SOUMETTRE VOTRE MANIFESTATION D'INTERET

7. Pour participer à l'exercice de préqualification, les entreprises sont tenues de fournir les éléments suivants :  
Le paquet de réponse de la DMI rempli, qui comprend :
  - Tableau 1. Acceptation des termes et conditions générales du PAM.
  - Tableau 2. Renseignements sur les fournisseurs ;
  - Tableau 3. Etats financiers de la société pour les trois (3) derniers exercices (2021, 2022 et 2023).
  - Tableau 4. Expérience pertinente du fournisseur ; (Références d'au moins trois grands clients.)
  - Photocopie du certificat d'enregistrement « Patente commerciale » (doit avoir été en activité pendant au moins 3 ans pour les entreprises privées).
  - Autres permis ou autorisations délivrés par les autorités compétentes du gouvernement pour exercer les activités en Haïti (Copie de la publication dans le journal « Le Moniteur » uniquement pour les sociétés anonymes et les fondations).
  - Signataire par le représentant autorisé de l'entreprise et le cachet de la société.
8. Tous les documents à l'appui énumérés ci-dessus doivent être préparés conformément aux instructions fournies et envoyés par courriel à [HAITI.EOI@WFP.ORG](mailto:HAITI.EOI@WFP.ORG) OU déposés dans le bureau pays du PAM à l'adresse suivante ; Bureau Pays- Port au Prince : C/O Karibe Hôtel, Juvenat 7, Canape-Vert Road, Pétion-Ville-Haiti.
9. Le PAM n'examinera pas les observations incomplètes ou non signées. Toutes les réponses et documents à l'appui reçus seront traités comme strictement confidentiels et ne seront pas mis à la disposition du public.
10. Cette demande de manifestation d'intérêt (DMI) ne constitue pas une **sollicitation**. Le PAM se réserve le droit de modifier ou d'annuler ce processus ou l'une de ses exigences à tout moment au cours du processus ; toute action de ce genre sera communiquée à tous les participants.
11. Si vous avez des questions et pour collecter les formulaires pour réponse à la DMI merci de nous contacter au [HAITI.EOI@WFP.ORG](mailto:HAITI.EOI@WFP.ORG).

Sincèrement votre,

DocuSigned by:



28/10/2024

8F134AB668A34FD...

Wanja KAARIA

**Representative & Country Director - Haïti**

Programme Alimentaire Mondial des Nations-Unies

DS  


28/10/2024

**DEMANDE DE MANIFESTATION D'INTÉRÊT**  
**FORMULAIRE DE RÉPONSE DDI**  
**TABLEAU I. EXIGENCES DU PAM**

| <b>A. Compétences/capacités de l'entreprise/l'organisation</b> |                                                                                                                                                                      |                                                              |                     |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|
|                                                                | <b>Liste des exigences / critères d'évaluation du PAM</b>                                                                                                            | <b>Oui/Non</b>                                               | <b>Commentaires</b> |
| 1                                                              | Au moins trois ans d'expérience dans la fourniture de biens et de services dans la catégorie pour laquelle vous présentez votre candidature.                         | Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> |                     |
| 2                                                              | Avez-vous la capacité de travailler avec des agriculteurs dans tous les départements d'Haïti ?                                                                       | Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> |                     |
| 3                                                              | Avez-vous de l'expérience dans le secteur agricole haïtien et comprenez-vous les spécifications alimentaires et les paramètres requis pour la sécurité alimentaire ? | Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> |                     |

**TABLEAU II. INFORMATION SUR LE FOURNISSEUR**

| <b>B. Informations générales sur l'entreprise/ l'organisation</b> |                                                                                                                         |                                          |                                            |                                  |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| 1                                                                 | Dénomination légale de l'entreprise/l'organisation :                                                                    |                                          |                                            |                                  |
| 2                                                                 | Adresse complète :                                                                                                      |                                          |                                            |                                  |
| 3                                                                 | Adresse e-mail :                                                                                                        |                                          | Adresse du site Internet :                 |                                  |
| 4                                                                 | N° téléphone :                                                                                                          |                                          | N° de fax :                                |                                  |
| 5                                                                 | Personne de contact, titre :                                                                                            |                                          | N° tél./E-mail de la personne de contact : |                                  |
| 6                                                                 | Inscription auprès de l'UNGM                                                                                            | Oui <input type="checkbox"/>             | Non <input type="checkbox"/>               | N° UNGM :                        |
| 7                                                                 | Type d'activité                                                                                                         | Société anonyme/à responsabilité limitée |                                            | Partenariat<br>Autres (précisez) |
| 8                                                                 | Biens/Services :                                                                                                        |                                          |                                            |                                  |
| 9                                                                 | Numéro d'immatriculation de la société/l'organisation :                                                                 |                                          |                                            |                                  |
| 10                                                                | Date de l'immatriculation :                                                                                             |                                          |                                            |                                  |
| 11                                                                | Informations générales supplémentaires sur la société/l'organisation : [Le cas échéant, n'insérez pas plus de 100 mots] |                                          |                                            |                                  |



DEMANDE DE MANIFESTATION D'INTÉRÊT  
TABLEAU III. STATUT FINANCIER DU FOURNISSEUR

| C. Situation financière de la société/l'organisation                                                                                                             |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Poste                                                                                                                                                            | Valeur USD               |
| Chiffre d'affaires brut [Insérer l'année]                                                                                                                        |                          |
| Chiffre d'affaires brut [Insérer l'année]                                                                                                                        |                          |
| Chiffre d'affaires brut [Insérer l'année]                                                                                                                        |                          |
| Valeur maximale du contrat pour lequel votre entreprise peut être engagée :                                                                                      |                          |
| USD 0 – 30 000                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| USD 30 000 – 100 000                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| USD 100 000 – 500 000                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| au-dessus de 500 000 USD                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| Montant maximal de la « Garantie bancaire » disponible pour la Société/l'Organisation                                                                            |                          |
| Les comptes audités des deux dernières années ou une alternative évaluée à la discrétion du PAM sont joints pour prouver les informations mentionnées ci-dessus. | <input type="checkbox"/> |

TABLEAU IV. EXPÉRIENCE PERTINENTE DU FOURNISSEUR

Énumérer au moins 4 contrats au cours des deux dernières années précédentes dans le domaine des travaux de construction .

| D. Liste des contrats sur des marchés similaires |                         |                 |                        |        |
|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|--------|
| Débuté<br>(Mois/année)                           | Terminé<br>(Mois/année) | Type de contrat | Valeur totale<br>(USD) | Client |
|                                                  |                         |                 |                        |        |
|                                                  |                         |                 |                        |        |
|                                                  |                         |                 |                        |        |
|                                                  |                         |                 |                        |        |

Fournir les CV des cadres supérieurs (pas plus de trois)[le cas échéant] .

| E. Signataire                      |             |
|------------------------------------|-------------|
| Nom de la société/l'organisation : |             |
| Nom du représentant autorisé :     | Signature : |
| Titre :                            | Date :      |

Cachet de la société/de l'organisation