**- ANNEXE 4 AU CCTP -**

**- CADRE DE REPONSES -**

**A REMETTRE COMPLETE AVEC L’OFFRE**

Personne publique :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

ETABLISSEMENT SUPPORT DU GHT DE L’EST HERAULT ET DU SUD AVEYRON

CENTRE ADMINISTRATIF A. BENECH

191, Avenue du Doyen Gaston Giraud

34295 MONTPELLIER CEDEX 5

N° AFFAIRE : 25A0027

-----------------------------------------------------------------------------------------

Objet de la consultation :

PRESTATION DE MISE EN PROPRETE DES VITRERIES FACADIERES ET TRAVAUX SPECIAUX D’ACCES DIFFICILE POUR LE CHU DE MONTPELLIER ETABLISSEMENT SUPPORT DU GHT EHSA

-----------------------------------------------------------------------------------------

**UN CADRE DE REPONSE**

**Raison ou dénomination sociale du candidat et des membres du groupement (le cas échéant) :**

**…**

**…**

**…**

**…**

**Adresse postale du candidat:**

**…**

**…**

**…**

**…**

**Numéro de téléphone du candidat: …**

**Courriel du candidat: …**

**Numéro SIRET du candidat : …**

**CRITERE 1 - Démarche environnementale et sociale**

# Sous-critère 1 - Choix des produits et consommables

|  |
| --- |
| **Indiquez, ci-après, la liste exhaustive des produits proposés pour l’exécution des prestations.**  *Les fiches techniques des produits de*vront être regroupées dans une annexe intitulée : « ***Annexe 1 au cadre de réponse - FT produits*** ». |

# Sous-critère 2 - Engagements sociaux

|  |
| --- |
| **Présentez ici les moyens mis en place pour fiabiliser et pérenniser votre personnel** |

**CRITERE 2 - QUALITÉ DE LA PRESTATION**

# Sous-critère 1 – Moyens humains

|  |
| --- |
| **Veuillez compléter les informations suivantes.**  Si une case reste vide, elle sera considérée comme ayant la valeur « 0 ». |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROFIL** | **Nombre d’agents dans votre société (équivalent ETP).**  **Il est demandé uniquement un nombre.** | **Nombre d’agents pouvant être mis à disposition du marché**  **(Équivalent ETP).**  **Il est demandé uniquement un nombre.** |
| **CQP niveau 1** |  |  |
| **CQP niveau 2** |  |  |
| **CATC** (avant 2007) |  |  |
| **IRATA niveau 1** |  |  |
| **IRATA niveau 2** |  |  |
| **IRATA niveau 3** |  |  |
| **CACES** (utilisation des plates-formes Elevatrices Mobile de Personnel) |  |  |

**Ou / et** (facultatif)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROFIL** | **Nom de la qualification** | **Nombre d’agents dans votre société (équivalent ETP).**  **Il est demandé uniquement un nombre.** | **Nombre d’agents pouvant être mis à disposition du marché (équivalent ETP).**  **Il est demandé uniquement un nombre.** |
| **Autre(s) formation(s) équivalente(s) ou complémentaire(s)** |  |  |  |

**Le cas échéant, justifiez et prouver l’équivalence :**

Les diplômes et formations des équipes devront être regroupées dans une annexe intitulée : « ***Annexe 2 au cadre de réponse – Diplômes*** ».

**Proposez-vous un interlocuteur privilégié (personne physique), pour l’exécution des prestations ?**

**OUI**   **NON**

Si oui, merci de le désigner, ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Noms | N° de téléphone | Mail |
| L’interlocuteur privilégié |  |  |  |

**Sous critère 2 - Moyens matériels**

|  |
| --- |
| **Indiquez, ci-dessous, la liste détaillée des matériels utilisés pour réaliser les prestations (hors matériels techniques d’alpinisme et de spéléologie).**  Cette liste devra être accompagnée :  - d'une notice technique en français avec photo, précisant notamment la provenance de ces matériels et leur conformité aux normes de sécurité.  Ces notices devront être regroupées dans une annexe intitulée : « ***Annexe 3 au cadre de réponse – matériels*** ». |

|  |
| --- |
| **Indiquez, ci-dessous, la liste détaillée des matériels techniques d’alpinisme et de spéléologie utilisés pour réaliser les prestations.**  Cette liste devra être accompagnée :  - d'une notice technique en français avec photo, précisant notamment la provenance de ces matériels et leur conformité aux normes de sécurité.  Les notices devront être regroupées dans une annexe intitulée : « ***Annexe 4 au cadre de réponse – matériels alpinisme*** ». |

**Sous critère 3 – Organisation de l’exploitation**

|  |
| --- |
| **Avez-vous une expérience en milieu hospitalier ?** |

**OUI**   **NON**

Si oui, vous devrez ci-dessous fournir au minimum une référence attestant de la réalisation, au cours des 3 dernières années, d’une prestation similaire à l’objet du marché, dans un établissement de santé ou un établissement médico-social.

La référence devra préciser :

- Le nom du client (établissement hospitalier ou médico-social)

- La nature et l’étendue de la prestation

- La date de réalisation

- Le montant

- Les coordonnées d’un référent pouvant être contacté

|  |
| --- |
| **Présentez les modalités d’organisation et de réalisation de la prestation pour la composante 1** |

|  |
| --- |
| **Complétez le tableau ci-dessous pour décrire sa prestation :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre d'heures travaillées / jour et personnes :** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITE 1 :**  **LAP – ADV – LBM - SMUR Hélistation** | Nb de personnes : |  |
| Nombre d'heures travaillées : |  |
| Durée en jours : |  |
| Moyens d'accès proposés pour les difficultés repérées : |  |
| Présenter les moyens de prévention : |  |
| **SITE 2 : GDC-SEL** | Nb de personnes : |  |
| Nombre d'heures travaillées : |  |
| Durée en jours : |  |
| Moyens d'accès proposés pour les difficultés repérées : |  |
| Présenter les moyens de prévention : |  |
| **SITE 3 :**  **COL, CAAB, CGE, MIT, CFP - IFMS** | Nb de personnes : |  |
| Nombre d'heures travaillées : |  |
| Durée en jours : |  |
| Moyens d'accès proposés pour les difficultés repérées : |  |
| Présenter les moyens de prévention : |  |
| **SITE 4 : EUROMÉDECINE** | Nb de personnes : |  |
| Nombre d'heures travaillées : |  |
| Durée en jours : |  |
| Moyens d'accès proposés pour les difficultés repérées : |  |
| Présenter les moyens de prévention : |  |
| **SITE 5 : BELLEVUE** | Nb de personnes : |  |
| Nombre d'heures travaillées : |  |
| Durée en jours : |  |
| Moyens d'accès proposés pour les difficultés repérées : |  |
| Présenter les moyens de prévention : |  |
| **SITE 6 : SECTEURS EXTÉRIEURS**  **CESRD**  **CPE**  **Centre d’Appel SDIS 34** | Nb de personnes : |  |
| Nombre d'heures travaillées : |  |
| Durée en jours : |  |
| Moyens d'accès proposés pour les difficultés repérées : |  |
| Présenter les moyens de prévention : |  |

|  |
| --- |
| **Présentez ici un projet de planning pour l’ensemble des établissements sur 12 mois glissants (composante1)**  en vous appuyant sur les informations figurant dans le BPU de la consultation ainsi que sur les éléments du CCTP, notamment l’article 8 relatif au planning d’intervention. |

|  |
| --- |
| **Veuillez détailler les modalités d’organisation et de mise en œuvre de la prestation pour les composantes 2 et 3.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Délai de réalisation et envoi du devis à partir de la demande en jours (pour les composantes 2 et 3) : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Délai d’intervention à partir de la réception du bon de commande en jours (pour les composantes 2 et 3) : |  |

|  |
| --- |
| **Veuillez indiquer le ou les noms des sociétés de contrôle réglementaire avec lesquelles vous travaillez pour réaliser le contrôle de l’installation des points d’ancrage.** |

* ..
* ..

Critere N° 4 - PRIX DES PRESTATIONS

Le prix est calculé à partir des montants totaux indiqués dans les DQE présentés en annexe 4 du RC et intégrés dans les fichiers Excel (dernier onglet):

* «25A0027 - Annexe 1 à l'AE – BPU »

Sous-critère 1 : Composante 1 -Prestations périodiques

Prix TTC de référence : Somme du DQE relatif à la composante 1 -

Sous-critère 2 : Composante 2 et 3 - Prestations ponctuelles

Prix TTC de référence : Somme du DQE relatif à la composante 2 et 3

Eléments non pris en compte dans l’analyse des offres.

|  |
| --- |
| **Présentez votre politique de recrutement.** |

|  |
| --- |
| **Présentez ici les tenues vestimentaires prévues avec photo.** |