

Groupement de commandes

« Contrôles bactériologies et surveillance des légionnelles 2018-2021»

**Annexe n°4 : portant analyse des conditions de mise en œuvre du marché par le soumissionnaire**

**Lot 1 : contrôles bactériologiques**

|  |  |
| --- | --- |
| **Moyen en personnel** | **Réponses** |
| Effectif global de la structure (ETP) |  |
| Effectif des personnels techniques chargés des prélèvements |  |
| Effectif des personnels techniques chargés des analyses |  |
| Effectif des personnels dédiés à AGAPE16 (ETP) |  |
| Type de statuts des personnels dédiés (CDI-CDD-autres) |  |
| Qualifications minimales des personnels dédiés aux prélèvements |  |
| Qualifications minimales des personnels dédiés aux analyses |  |
| Mode de contrôle de l’état sanitaire des personnels |  |
| **Mode et qualité du transport des échantillons** | compléter selon votre mode de fonctionnement |
| Nombre de véhicules de l’entreprise |  |
| Nombre de véhicules réfrigérés |  |
| Nombre de véhicules réfrigérés dédiés à AGAPE16 |  |
| Mode de financement des véhicules : |  |
| Acquisition : si oui indiquer âge moyen |  |
| Location : indiquer le ou les loueur(s) |  |
| Temps de transport minimal entre les lieux de prélèvement et d’analyse **(en heures)** |  |
| Localisation (ville) du laboratoire d’analyses |  |
| **Qualification(s)** | Joindre attestation |
| COFRAC |  |
| RAEMA |  |
| Autres : |  |
| **Fonctionnement** | Cocher ou compléter selon votre mode de fonctionnement |
| Astreintes 24/24 et 7/7 avec personnel dédié |  |
| Astreintes avec numéro d’appel plateforme |  |
| Ouvert seulement les jours ouvrables |  |
| Horaires des prélèvements sur site |  |
| Délai d’analyses après réception au laboratoire (en heures) |  |
| **Communication** | Cocher ou compléter selon votre mode de fonctionnement |
| Délai de communication des analyses standards |  |
| Mode d’envoi : |  |
| Courriel |  |
| lettre |  |
| télécopie |  |
| Délai de communication d’analyses non satisfaisantes ou toxiques |  |
| Mode d’envoi (préciser) : |  |
| Délai d’analyses complémentaires (en heures) |  |
| Essai inter labo (si oui décrire succinctement) |  |
| **Formation** | Cocher ou compléter selon votre mode de fonctionnement |
| Votre formation est-elle faite en interne ou sous-traitée |  |
| Nombre de formateurs par séance |  |
| Qualification du ou des formateur(s) |  |
| Durée minimale d’une séance |  |
| Des outils d’exploitation sont-ils laissés aux stagiaires |  |
| Si oui : lesquels |  |
| Faites-vous une enquête de satisfaction ou de compréhension au terme de la formation |  |
| Si oui, sous quelle forme et quand |  |
| Pouvez-vous nous fournir un numéro d’attestation ou d’enregistrement comme centre de formation |  |
| Etablissez-vous des attestations de stage nominatives et individuelles |  |
| Quels sont les supports et outils servant à la formation :   * Questionnaire préalable * Vidéo projecteur * Rétro projecteur * Tableau (avec ou sans papier) * Salle banalisée * Lieu de production et/ou de distribution * … |  |

|  |
| --- |
| Localisation, date, nom, prénom et signature  Cachet de l’entreprise |