**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROJET**

NOM DU PROJET :

PAYS ET LOCALITÉ :

NOM DU PORTEUR DE PROJET :

1. **INFORMATIONS CONCERNANT LES PERSONNES IMPLIQUÉES**
2. Coordonnées du porteur de projet

Nom :

Adresse :

Téléphone / WhatsApp :

E-mail :

1. Coordonnées du destinataire sur place

Nom de la structure de santé :

Adresse de la structure de santé :

Nom de la personne responsable de la structure :

Fonction de la personne responsable :

Téléphone / WhatsApp :

E-mail :

1. Coordonnées d’organisation(s) locale(s) (ONG, ASBL, Rotary, AOSM, etc.) soutenant le projet

(Si aucune, ne pas compléter)

Nom de l’organisation :

Activité de l’organisation :

Adresse :

Nom d’une personne de contact :

Téléphone / WhatsApp :

E-mail :

1. **PRÉSENTATION DU PROJET**
2. Comment avez-vous connu Hôpital Sans Frontière ?

1. Descriptif général du projet

*Veuillez expliquer de manière brève et complète, le projet que vous souhaitez soumettre chez HSF.*

1. Objectif du projet

*Définissez l’objectif précis de votre projet.*

1. Infrastructure
* L’infrastructure de la structure de santé est-elle déjà existante et en fonction ou s’agit-il d’une nouvelle structure ?

* Si déjà existante, l’infrastructure est-elle adaptée au matériel médical demandé ou des travaux sont-ils à prévoir ?

* Si nouvelle, la structure est-elle déjà construite ? Si non, quelle est la date prévue de fin des travaux ?

**MERCI DE JOINDRE, EN ANNEXE À CE FORMULAIRE, DES DOCUMENTS, IMAGES, PHOTOS OU PLANS DE LA STRUCTURE DE SANTÉ CONCERNÉE.**

1. **Informations complémentaires sur le projet**

*Si la structure de santé concernée par le projet est en activité, merci de répondre le plus précisément possible.*

*S’il s’agit d’une nouvelle structure, veuillez compléter avec des estimations chiffrées de votre projet.*

* Quelle est la population et la zone géographique concernée par la structure de santé ?

* Y a-t-il un hôpital ou un autre centre de santé accessible dans les alentours ? À quelle distance/temps ?

* Comment est financée la structure de santé ?

* Quels sont les différents services de la structure de santé ?

* Quelle est la composition de l’équipe médicale (médecins, infirmiers, sage-femmes) ?

* Combien de lits avez-vous ?

* Combien y a-t-il de patients en consultation par mois ?

* Combien y a-t-il de patients en hospitalisation par mois ?

* Combien d’accouchements ont lieu par mois ?

* Quels sont les types d’opérations pratiquées ?

* Combien d’opérations sont pratiquées mensuellement ?

1. **COMPÉTENCES TECHNIQUES**
2. Equipements électriques et électroniques **déjà utilisés**

*En connaissant le matériel et les accessoires avec lequel vous êtes déjà équipés, nous pourrons tenter de vous fournir les équipements les plus complémentaires possibles.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’appareil** | **Marque /N° de série/Année** | **Etat** | Remarque |
|          |        |       |       |
|          |        |       |       |
|          |        |       |       |
|          |        |       |       |
|          |        |       |       |
|          |        |       |       |

* Y a-t-il un personnel de maintenance technique ou biomédicale locale qui puisse gérer l’installation et la maintenance du matériel médical ?

 [ ] Oui [ ]  Non

Si oui, merci de compléter ses coordonnées :

Nom :

Téléphone / WhatsApp :

E-mail :

1. Stérilisation
* Avez-vous un protocole de stérilisation du matériel ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, merci de le détailler :

1. Approvisionnement
* Avez-vous la possibilité d’assurer l’approvisionnement en consommables, accessoires complémentaires et pièces de rechanges ?

[ ]  Oui [ ]  Non

* En eau :

[ ]  Eau courante [ ]  Citerne [ ]  Puit [ ]  Aucun

* En électricité :

[ ]  Courant de ville [ ]  Panneaux photovoltaïques

[ ]  Groupe électrogène

En cas de coupure, système de sécurité électrique :

[ ]  Enclenchement du groupe automatique

[ ]  Enclenchement du groupe manuel

[ ]  Onduleur [ ]  Parafoudre [ ]  Aucun

* En oxygène :

[ ]  Réseau [ ]  Bouteilles

 Remarques :

1. **Liste de matériel demandé**

*Liste rédigée par le responsable de la structure de santé.*

*Liste précise et réaliste en considération des besoins de la structure de santé.*

**Les consommables fournis par HSF sont propres et non utilisés.**

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

1. **Règlementation des demandes de projets**
	* + 1. **Cadre de l’accord**
				1. Cadre de référence

Ce document établit les bases de la coopération entre HSF et le porteur de projet, aussi appelé partenaire, dans le cadre d’un projet d’envoi de matériel médical par container.

* + - * 1. Durée de l’accord

Le présent accord de partenariat prend effet à compter de la date de signature par les deux parties jusqu’au départ du matériel depuis le site d’HSF.

* + - 1. **Gestion du matériel**
				1. Attribution du matériel

Le Conseil des médecins d’HSF analyse la demande, valide et choisit le matériel médical attribué au projet. L’équipe d’HSF se réserve le droit de refuser d’échanger du matériel sauf raison valable (casse, par exemple).

**Le matériel donné par HSF est révisé et fonctionnel mais n’est pas garanti. HSF ne peut pas être tenu responsable de la mauvaise utilisation du matériel.**

* + - * 1. Durée de réservation

Une fois la liste du matériel validée par le Conseil des médecins et par le porteur de projet, HSF s’engage à le **réserver** pour une période de **trois (03) mois maximum**, le temps de convenir d’une date et de réaliser le chargement. Une fois ce délai dépassé, HSF se réserve le droit de garder ce matériel pour l’attribuer à d’autres projets.

* + - * 1. Ajout de matériel personnel

Si le porteur de projet souhaite ajouter du **matériel personnel** au container, celui s’engage à :

- Fournir au gestionnaire de projet une liste détaillée du matériel ajouté.

- Déposer le matériel personnel chez HSF au maximum une (01) semaine avant la date fixée pour le chargement du container et au minimum le jour précédent le chargement **avant midi (12.00 am**).

* + - 1. **Processus de chargement**
				1. Date de chargement

La date de chargement est fixée sur base des disponibilités fournies par HSF au porteur de projet. Ce dernier conviendra de la date avec le transporteur, en respectant les dates données par HSF.

* + - * 1. Lieu et réalisation de chargement

Le chargement du container se fait aux hangars d’HSF et est effectué par l’équipe d’HSF.

**Adresse :** Chemin du Fort de Marchovelette, 26, 5020 Champion.

* + - * 1. Présence lors du chargement

Lors du chargement du container, **maximum deux (02) personnes** sont autorisées à y assister avec l’obligation de rester dans une zone définie et limitée. Toute personne supplémentaire aux deux autorisées devra rester dans la salle d’accueil d’HSF le temps du chargement.

* + - * 1. Photos lors du chargement

Les personnes assistant au chargement sont autorisées à prendre des photos uniquement du chargement du container. **Les photos du contenu des hangars sont strictement interdites.**

* + - * 1. Circulation des personnes

**L’accès aux hangars de stockage est strictement interdit.** Aucune personne extérieure aux membres du personnel d’HSF n’est autorisée à y circuler.

**En cas de non-respect d’un ou plusieurs éléments cités ci-dessus, HSF se réserve le droit d’évacuer toute personne et d’interdire l’accès au site d’HSF.**

* + - 1. **Rôles et responsabilités des partenaires**
				1. Incoterms

HSF agit sous l’Incoterm FCA[[1]](#footnote-1) (Free Carrier) - Chemin du Fort de Marchovelette 26, 5020 Champion – Incoterms 2020

* + - * 1. Responsabilités opérationnelles des organisations

Dans ce cadre HSF est responsable pour :

* + - L’entreposage du matériel ;
		- Le chargement du/des container(s) ;
		- L’élaboration des documents nécessaires pour le transport et l’export du matériel.

Le partenaire, le porteur de projet, est responsable pour :

* + - Le règlement des frais de gestion globale de **2200€** sur le compte d’HSF, **BE46 0000 0000 3636**, préalablement au chargement ;
		- La contractualisation avec l’entreprise de fret international de Champion jusqu’à la destination finale ;
		- Le suivi du transport avec l’entreprise en question jusqu’à la destination ;
		- Le déchargement et l’installation du matériel.

**En cas de défaut de paiement des frais de gestion globale, le matériel d’HSF ne sera pas chargé dans le container.**

**Les frais de transport, frais annexes et le dédouanement du matériel sont à charge du destinataire. En aucun cas HSF ne peut être tenu pour responsable pour tout problème de transport ou de dédouanement du matériel donne au porteur de projet.**

* + - * 1. Rapportage

Le partenaire fournit à HSF :

* + - Des photos illustrant la situation initiale du lieu de réalisation du projet ;
		- Un extrait bancaire attestant le versement des frais de gestion globale ;
		- Des photos des activités de déchargement et de récupération du matériel.
			* 1. Fraude, corruption et enrichissement personnel

Dans le cas où HSF identifierait un acte de fraude, de corruption ou d’enrichissement personnel, ainsi qu’un éventuel conflit d’intérêt lié à la gestion du projet, HSF se réserve le droit d’annuler ou de se retirer du projet.

* + - * 1. **Dépassement de délais ou annulation**

**En cas d’annulation d’un projet par le porteur de projet ou de dépassement du temps de réservation de trois mois, défini en 3.b), sauf cas de force majeur indépendant de sa volonté, HSF se réserve le droit de ne rembourser que 50% des frais payés à HSF, afin de couvrir les frais engagés par HSF pour le transport, le stockage, la manutention du matériel donné.**

Fait à       le      /     /

**Pour Hôpital Sans Frontière**  **Pour le porteur de projet**

 Nom et signature manuscrite

Précédé de la mention : « Pour accord »

**Rappel points essentiels**

* Une fois validé votre matériel vous sera réservé pour une durée de trois mois.
* Des frais de gestion de 2200€ sont à payer avant le chargement du matériel.
* Entamez au plus vite les démarches nécessaires à l’exonération fiscale de votre projet auprès du Ministère de la Santé du pays de destination ou bien auprès de l’Ambassade de l’Ordre de Malte.
1. [FCA – Free Carrier (Place of Delivery) - Incoterms 2020 - Incoterms (internationalcommercialterms.guru)](https://internationalcommercialterms.guru/incoterms-fca/) [↑](#footnote-ref-1)