**DEMANDE DE COTATION : HCR/MRT/AAO/ RFQ/030/2024**

**ANNEXE B : MODELE OFFRE FINANCIERE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N#** | **Désignation** | **Quantité** | **Prix unitaire** | **Prix Total** |
| 1 | Incinérateur Medical : 1 kw/cycle pour une machine de 12 litres ou equivalent | 01 |  |  |
| 2 | Incinérateur Medical : 3 kw/cycle pour une machine de 60 litres ou equivalent | 01 |  |  |
| 3 | Transport jusqu’à Bassikounou | 01 |  |  |
| 4 | Frais d'installation | FF |  |  |

**Les soumissionnaires sont priés de partager les spécifications détaillées accompagnées de la fiche technique de l'incinérateur proposé**

**Note *: Chaque soumissionnaire est informé qu’une seule proposition parmi les deux ci-dessus sera sélectionnée***

|  |
| --- |
|   |
| Nom de l'Entreprise |  |
|  |  |
|   |
| D**é**lai de livraison |  |
|  |  |
|   |
| Date |  |
|  |  |
|   |
| Validite de l'offre |  |
|  |  |
| Periode garantie: |  |
| Signature et cachet | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| *Les soumissionnaires doivent accepter que les conditions de paiement standard du HCR, à savoir dans les 30 jours après livraisons satisfaisante des biens et/ou des services, la réception de la facture et l’acceptation de celle-ci par le HCR*  |