



# Demande d’inscription comme Prestataire de services qualifié dans le cadre du programme d’évaluations SMART Décembre 2014

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A program of /  un programme de: | Picture 25.png |  |
| Funding provided by the / Financement fourni par le: | L:\FedDev SMART Prosperity Now\Website Development\Logos and  Images\723_sig-eng.gif | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1: Prestataire Utilisez cette section pour fournir l'information requise sur l'organisme qui présente cette demande (le demandeur). Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque (\*) et doivent être remplis avant de procéder à la section suivante de cette demande. | | | | |
| Nom de l'organisme | | | | |
| Nom juridique : | |  | | |
| Nom d'affaires (s'il diffère du nom juridique) : | |  | | |
| Type d'entreprise du demandeur : | | Société publique / Société privée / Société de personnes / Propriétaire unique / Autre | | |
|  | Dans le cas de type ‘autre’, veuillez spécifier : | |  | |
| Nº d'inscription de l’entreprise | |  | | |
| No. TVH | |  | | |
| Constituée aux termes des lois de (ex. Ontario, Canada) | |  | | |
| Site Web | |  | | |
| Adresse de l'organisme demandeur | | | | |
| Nº et nom de la rue | |  | | |
| Local | |  | | |
| Ville | |  | | |
| Province | | Ontario | | |
| Code postal | |  | | |
| Pays | | Canada | | |
| No. de téléphone de l'organisme demandeur | | | | |
| Nº de téléphone | |  | | |
| Nº de télécopieur : | |  | | |
| Signataire autorisé de l’organisme demandeur | | | | |
| Salutation | |  | | |
| Prénom | |  | | |
| Nom | |  | | |
| Titre | |  | | |
| Nº de téléphone ligne directe | |  | | |
| Nº de téléphone cellulaire | |  | | |
| Courriel | |  | | |
| 2: Description du prestataire Utilisez cette section pour fournir une description de l'organisme qui présente cette demande (le demandeur). Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque (\*) et doivent être remplis avant de procéder à la section suivante de cette demande. | | | | |
| Renseignements de base | | | | |
| Nombre total d’employés | | | |  |
| Nombre total de consultants ou autres employés capables d’effectuer les évaluations SMART | | | |  |
| Année de fondation | | | |  |
| Compétences et expérience | | | | |
| Veuillez décrire les compétences et l’expérience de votre organisme en matière d’évaluations opérationnelles qui pourraient être effectuées dans le cadre du programme SMART. | | | | |
|  | | | | |
| Donnez une brève description de votre organisme pour afficher sur le site Web du programme SMART. (max 200 caractères) | | | | |
|  | | | | |
| Veuillez énumérer toutes les accréditations professionnelles des personnes qui effectueront les évaluations SMART. | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3: Domaines de spécialité Utilisez cette section pour décrire les domaines d’application pour lesquelles votre organisation pourrait effectuer des évaluations opérationnelles dans le cadre du programme SMART. Les champs obligatoires sont indiqués par un astérisque (\*) et doivent être complétés avant de soumettre la demande. | | |
| Application et capacité | | |
| Veuillez indiquer le nombre d’années d’expérience de votre organisme dans chaque domaine: | | |
| Technologies de pointe: conception | |  |
| Technologies de pointe: ingénierie et de fabrication virtuelle | |  |
| Technologies de pointe: Améliorations de la qualité et du déroulement | |  |
| Technologies de pointe: fabrication et montage | |  |
| Technologies de pointe: Inspection | |  |
| Technologies de pointe: communications | |  |
| Technologies de pointe: logistique et chaine d’approvisionnement | |  |
| Technologies de pointe: manutention automatisée des matériaux | |  |
| Technologies de pointe: intégration et contrôle | |  |
| Technologies de pointe: développement et implantation ou développement de produits | |  |
| Technologies de pointe: gestion de la fabrication et du contrôle | |  |
| Technologies de pointe: gestion de la qualité | |  |
| Décrire toute information pertinente à l’expérience et aux résultats | (maximum de 1,000 caractères) | |

|  |  |
| --- | --- |
| 4: Impartialité du fournisseur Utilisez cette section pour confirmer que votre organisme ne maintient aucun intérêt financier dans la vente de produits ou services, autre que ceux de vos propres services professionnels. Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque (\*) et doivent être remplis avant de procéder à la section suivante de cette demande. | |
| Impartialité du fournisseur | |
| Votre organisme détient-il un intérêt financier relatif à la vente de produits ou services autre que ceux de l’organisme même? \* | Oui / Non |
| Dans l’affirmative, veuillez élaborer. Assurez-vous de déclarer tous contrats et ententes qui pourraient exister entre votre organisme et tout fournisseur de produits ou services. | |
|  | |

|  |
| --- |
| 5: Références-clients Utilisez cette section pour énumérer les clients pour lesquels votre organisme a fourni, au cours des trois dernières années, des services d’expertise-conseil dans les domaines sélectionnés à la page 4. Vous pouvez énumérer plusieurs projets, mais une expérience considérable dans chaque domaine de pratique particulier doit être démontrée pour être admissible à offrir le service d’évaluations SMART dans ces domaines. Le personnel du programme SMART pourrait communiquer avec toute entreprise identifiée pour confirmer leur expérience avec votre organisme. |
| Références-clients |
| Veuillez énumérer vos références-clients et les projets achevés au cours des 3 dernières années dans les domaines de pratique sélectionnés à la page 4. Veuillez joindre toute pièce justificative, telles que mentions, communiqués, articles publiés, etc. |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom de l’entreprise (Client) | Emplacement | Contact primaire | Titre du contact | Nº de téléphone | Courriel | Brève description du projet | Date début / fin du projet | Domaine d’application | Résultat du projet | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| 6: Références des consultants – pour les soumissions de plus d’un consultant Utilisez cette section pour énumérer les références pour chacun des consultants participant au programme faisant l’objet de cette demande. Un minimum de trois (3) références doivent être indiquées pour chaque consultant, de préférence pour des clients de votre organisme. Utilisez une page en annexe au besoin. Le personnel du programme SMART pourrait communiquer avec toute entreprise identifiée pour confirmer leur expérience avec le consultant. |
| Références-clients des consultants individuels |
| Veuillez énumérer les références-clients et les projets achevés au cours des 3 dernières années dans les domaines de pratique sélectionnés à la page 4. Veuillez joindre toute pièce justificative, telles que mentions, communiqués, articles publiés, etc. |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom du consultant | Nombre d’années avec le cabinet conseil | Nombre d’évaluations complétées | Emplacement du client | Contact principal et titre (client) | No. de téléphone du contact | Courriel du contact | Brève description du projet | Domaine d’application | Résultat du projet | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

## 7: Soumission

Des frais non remboursables\* sont exigés avec chaque demande. Ces montants s’appliquent aux frais administratifs du programme. Veuillez consulter le tableau ci-dessous pour calculer le paiement exigé.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de prestataires participants | Frais | TVH | Total |
| 1 expert-conseil participants | 1 000,00 $ | 130,00 $ | 1 130.00 $ |
| 2 experts-conseils participants | 2 000,00 $ | 260,00 $ | 2 260.00 $ |
| 3 experts-conseils participants | 3 000,00 $ | 390,00 $ | 3 390.00 $ |
| De 4 à 10 experts-conseils participants | 3 500,00 $ | 455,00 $ | 3 955.00 $ |
| Plus de 10 experts-conseils participants | 7 500,00 $ | 975,00 $ | 8 475.00 $ |

Les paiements peuvent être effectués par carte de crédit ou par chèque / mandat bancaire à l’ordre de

"Manufacturiers et exportateurs du Canada". Si vous payez par carte de crédit, s'il vous plaît compléter la section d'autorisation de paiement par carte de crédit ci-dessous.

**Autorisation de paiement par carte de crédit**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du détenteur: | | |  | | | | | | | |
| No. de carte : | | |  | | | | | | | |
| Type de carte: |  | Visa | | |  | Mastercard | |  | Autre (spécifier): |  |
| Date d’expiration (mm/aa): | | | |  | | | Montant autorisé: | | |  |
| Signature | | |  | | | | | | | |

Si vous payez par carte de crédit, vous pouvez soumettre votre demande par courrier électronique à [qsp@cme-smart.ca](mailto:qsp@cme-smart.ca).

Si vous payez par chèque, veuillez envoyer le formulaire dûment rempli avec votre chèque ou mandat à l’adresse suivante :

**Manufacturiers et Exportateurs du Canada**

55 Standish Court #620

Mississauga, ON

L5R 4B2

Attention: Programme SMART – Demande PSQ