

22 August 2025

## DEMANDE D'EXPRESSION D'INTÉRÊT (EOI)

Réf : PAM\_ML/PHYTO/SC/EOI/2025/02

## Fourniture de Services de traitements phytosanitaires

Clôture le 15 Septembre 2025 à 12H:00 heures (heure de Bamako)

## A. Contexte

1. Le Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies (PAM) est la principale organisation humanitaire qui sauve des vies et transforme des vies, fournissant une aide alimentaire en situation d'urgence et travaillant avec les communautés pour améliorer la nutrition et renforcer la résilience à travers le monde.
2. Le PAM en *Mali* désire lancer un appel à manifestation d'intérêt en vue de mettre à jour la liste restreinte de ses fournisseurs potentiels pour les services de traitement phytosanitaires des vivres dans ses entrepôts situés à Bamako, à Mopti, à Tombouctou, à Gao et à Ménaka.

## B. Objectif

3. Le PAM Mali recherche des prestataires de services réputés et légalement enregistrés, approuvés par les autorités habilitées du ministère de l'Agriculture et/ou du ministère de la Santé pour *des services de traitement phytosanitaires*.
4. Cette demande d'Expression d'Intérêt (Eoi) vise à identifier des prestataires de services qualifiés à la fourniture des services de traitement phytosanitaires requis. Le PAM *Mali* invite les prestataires de services éligibles à manifester leur intérêt pour la fourniture des services demandés.

## C. Exigence du service

Cette demande de manifestation d'intérêt (Eoi) est la première étape de la phase de présélection. Après la date limite de soumission des réponses, le PAM évaluera les réponses reçues et informera les participants éligibles du résultat de l'évaluation.

Les services requis sont ci-dessous :

5. **Traitements phytosanitaires** des denrées alimentaires (*par exemple, céréales, légumineuses, farines et, aliments enrichis, etc.*) emballés dans des sacs et cartons par la fumigation à base de phosphore d'aluminium, la désinfection et la pulvérisation des entrepôts.
6. **Traitements des termites, extermination des rongeurs et serpents dans les entrepôts et bureaux**

## D. Critères d'éligibilité

7. Les principaux critères d'évaluation pour la présélection sont les suivants :
  - a. Expérience pertinente antérieure (Minimum 2 ans d'expérience dans la fourniture *des services de traitement phytosanitaires*)
  - b. Statut légal pour effectuer les services demandés (licence commerciale valide, etc.)
  - c. Situation financière (Chiffre d'affaires annuel minimum de 5 millions de FCFA)

WFM  
RK



## DEMANDE D'EXPRESSION D'INTERET



d. Présence de bureaux au Mali et ayant une capacité à couvrir tout le territoire

### E. Comment préparer et soumettre votre manifestation d'intérêt

8. Pour participer à l'exercice de pré-qualification, les entreprises doivent fournir les éléments suivants :

- Lettre de manifestation d'intérêt avec en-tête officiel
- Questionnaire des services phytosanitaires du PAM (Annexe),
- Documents de supports
- L'Agrément fourni par l'état
- Organigramme
- États financiers et livre de comptes exercice 2023-2024
- Référence des principaux clients/partenaires (minimum 5 clients des 03 dernières années)

10. tous les documents justificatifs énumérés ci-dessus doivent être préparés conformément aux instructions fournies et déposé sous pli fermé avec la mention suivante « **AVIS A MANIFESTATION D'INTERET – Réf. : PAM\_ML/PHYTO/SC/EOI/2025/02-prestation de services de traitements phytosanitaires au Mali** » ou envoyer par courrier électronique à [mali.logistique@wfp.org](mailto:mali.logistique@wfp.org) ; tous les documents seront traités de manière strictement confidentielle et ne seront pas mis à la disposition du public.

11. Le PAM (Programme alimentaire mondial) ne prendra pas en compte les soumissions incomplètes ou non signées, ainsi que celles reçues après la date limite stipulée.

12. Cette demande de manifestation d'intérêt ne constitue pas une invitation à soumissionner, ni n'implique une sélection automatique dans la liste restreinte du PAM. Aucun tarif ni prix n'est requis à ce stade, et cette invitation n'oblige pas le PAM à lancer des appels d'offres ni à conclure des contrats avec les entreprises exprimant leur intérêt. En outre, le PAM se réserve le droit de modifier ou d'annuler cette procédure ou l'une de ses exigences à tout moment durant le processus.

13. Toute question relative à cette manifestation d'intérêt doit être adressée à : [mali.logistique@wfp.org](mailto:mali.logistique@wfp.org).

14. Le PAM ne facture aucun frais pour la participation des entreprises à l'ensemble du processus.

Cordialement,

Gian Carlo CIRRI

Directeur & Représentant Pays PAM MALI



World Food Programme  
Programme Alimentaire Mondial  
Programa Mundial de Alimentos  
برنامج الأغذية العالمي

SAVING  
LIVES  
CHANGING  
LIVES

## QUESTIONNAIRE SUR LES SERVICES DE TRAITEMENTS PHYTOSANITAIRES

*Ce questionnaire contient (3) sections. Les sections sont obligatoires.*

WFP  
BIC

SOMMAIRE

|   |   |
|---|---|
| SECTION 1 : DÉTAILS DE LA SOCIÉTÉ.....        | 3 |
| SECTION 2 : TRAITEMENTS PHYTOSANITAIRES ..... | 5 |
| SECTION 3 : DECLARATION.....                  | 6 |

Wtm

RH



**SECTION 1 : DÉTAILS DE LA SOCIÉTÉ**

1. Nom de la société :
2. Adresse physique du siège social :
3. Numéro de téléphone du siège social :
4. Adresse électronique et site Web de l'entreprise, si disponible :
5. Lieu et date de constitution en société (joindre les documents juridiques) :
6. Date de début de l'activité commerciale :
7. Nom et désignation du principal dirigeant de la société (joindre l'organigramme) :
8. détails des principaux actionnaires au 31 décembre 2024 :

| Nom | Occupation* | Nationalité** | % des parts |
|-----|-------------|---------------|-------------|
| 1.  |             |               |             |
| 2.  |             |               |             |
| 3.  |             |               |             |

\* Si l'actionnaire est une société, indiquez le type d'entreprise.

\*\* Si l'actionnaire est une société, indiquez le lieu de constitution (veuillez fournir les documents juridiques attestant les points 5, 6 et 9).

9. Indiquez l'activité principale de la société (par exemple, traitements des cereales etc.)
10. Personne à contacter (et son suppléant si possible) :  
Nom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_  
Titre: \_\_\_\_\_ Titre: \_\_\_\_\_
11. Nombre d'employés à temps plein au siège social : \_\_\_\_\_ Autres bureaux : \_\_\_\_\_

Wm  
R/K

12. Veuillez indiquer les détails des autres bureaux :

|   | Pays | Nom de la société | Indiquez si vous êtes<br>entièrement ou<br>partiellement<br>propriétaire ou agent | Telephone et adresse<br>électronique | Nombre<br>d'employés à<br>plein temps<br>(si bureau<br>propre) |
|---|------|-------------------|---|--------------------------------------|--|
| 1 |      |                   |   |                                      |  |
| 2 |      |                   |   |                                      |  |
| 3 |      |                   |   |                                      |  |

13. Nom et adresse des principales banques de la société (veuillez joindre une lettre de soutien de la banque sur la situation financière et la crédibilité de la société) :

14. Quel est le chiffre d'affaires total de l'entreprise au cours des deux dernières années ?

Année \_\_\_\_ :

Année \_\_\_\_ :

Joignez les états financiers de l'entreprise et le livre des comptes vérifié pour ces années.

15. Citez au moins cinq (5) principaux clients au cours des trois dernières années (joignez des lettres de référence sous forme de contrats, de bon de commande, etc.)

| No. | Date | Client/Organisation | Adresse |
|-----|------|---------------------|---------|
| 1.  |      |                     |         |
| 2.  |      |                     |         |
| 3.  |      |                     |         |
| 4.  |      |                     |         |
| 5.  |      |                     |         |

16. La société a-t-elle une ou plusieurs sociétés affiliées impliquées dans la même activité ou une activité similaire ? Si oui, veuillez dresser la liste :

| Nom de la société affiliée | Adresse |
|----------------------------|---------|
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |

15. L'entreprise est-elle actuellement impliquée, ou a-t-elle été informée de son implication, dans un litige impliquant une somme supérieure à 10.000 USD ?

Oui / Non

*Wmm*  
*Rle*



**SECTION 2 : TRAITEMENTS PHYTOSANITAIRES**

1. Indiquez ci-dessous les détails de l'équipement de lutte contre les nuisibles de l'entreprise (par exemple, pièges à phéromones, pièges à rongeurs, etc.).

| Equipement | Quantité | Equipement | Quantité | Equipement | Quantité |
|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
|            |          |            |          |            |          |
|            |          |            |          |            |          |
|            |          |            |          |            |          |

2. Joignez la licence de votre certification de fumigation.
3. Indiquez ci-dessous les détails de l'équipement de fumigation de l'entreprise (par exemple, bâches, nébuliseurs/souffleurs de brume motorisés, pulvérisateurs à dos, feuilles de fumigation, etc.)

| Quantité | Nom de équipements | Capacité | Etat | Utilisation |
|----------|--------------------|----------|------|-------------|
|          |                    |          |      |             |
|          |                    |          |      |             |
|          |                    |          |      |             |

4. Indiquez ci-dessous les détails des produits de traitement que vous utilisez couramment (par exemple : pour la fumigation, la dératisation, la pulvérisation etc.)

| Nom du produit | Dose utilisée | Homologué ou non | Utilisation |
|----------------|---------------|------------------|-------------|
|                |               |                  |             |
|                |               |                  |             |
|                |               |                  |             |

5. Combien d'employés techniques l'entreprise compte-t-elle ? Veuillez en fournir la liste et indiquer leurs compétences techniques

| Nombre d'employés | Formation | Experience | Lieu de residence |
|-------------------|-----------|------------|-------------------|
|                   |           |            |                   |
|                   |           |            |                   |
|                   |           |            |                   |

6. Joignez-les certificats/licences des techniciens de fumigation **certifiés** de l'entreprise.
7. Quelles mesures de contrôle interne sont en place pour garantir la qualité des traitements phytosanitaires ? Donnez-en une **brève description**.
8. Quelles sont les politiques d'assurance qualité nationales et internationales mises en place par l'entreprise ? Veuillez fournir des détails et joindre des copies pour vérification.

*Wm*  
*RK*

Wtson  
BIL

**SECTION 3 : DECLARATION** (*A remplir obligatoirement par tous les prestataires de services/sociétés*)  
Je certifie par la présente que les informations fournies ci-dessus sont exactes au meilleur de ma connaissance et j'accepte que d'autres preuves documentaires soient fournies si nécessaire.

NOM COMPLET :

SIGNATURE :

Titre :

DATE :