**Annexe 2 - PRESENTATION DU CANDIDAT**

**Ce questionnaire a pour objectif de présenter succinctement votre société et d’évaluer la capacité de votre entreprise à répondre à ses attentes qualitatives de l’AFIPH.**

**Il sera l’une des pièces constitutives de votre dossier technique.**

**SOCIETE**

Raison sociale : Date de création :

Activité : Numéro de SIREN : …………………………………………………..

Code NAF : ……………………………………………. N° de TVA intracommunautaire : …………………………….

**Siège social** :

Adresse : …………………………………………………………………………………….

Tél : …………………………………………………………

E-mail : ……………………………………………........

Site internet : ……………………………………………………………………………………………….

**Etes-vous intégré à un groupe ?**

Oui □ Non : □ Si oui lequel :

**Principaux actionnaires (Nom et pourcentage)?**

1/ ……………………………………………………………………. 3/ ……………………………………………………………………………

2/ ……………………………………………………………………

**Capital social ? ………………………………………………….**

**Organisation de l’entreprise**

Transmettre un organigramme

**Chiffre d’affaires de l’entreprise sur les 3 dernières années**

CA 2023 dont CA AFIPH : ……………………………………………………………….

CA 2022 dont CA AFIPH : ……………………………………………………………….

CA 2021 dont CA AFIPH : ……………………………………………………………….

**Nb de salariés :** 2023 : **………………………….…….; 2022 : ………………………….…………… ; 2021 : …………………………**

**Agence(s) sur le secteur Isère Rhodanienne, ou à défaut agence la plus proche**

Nom agence 1 : ………………………………………… Nom agence 2 :

Adresse : Adresse : …………………………………………………………………..

N° Téléphone : N° Téléphone : ………………………………………………………….

E-mail : ………………………….. E-mail : …………………………………………………………………….

**Dépôt(s) sur le secteur Isère Rhodanienne ou à défaut, dépôt le plus proche**

Nom dépôt 1 : ………………………………………… Nom dépôt 2 :

Adresse : Adresse : …………………………………………………………………..

N° Téléphone : N° Téléphone : ………………………………………………………….

E-mail : ………………………….. E-mail : …………………………………………………………………….

**INFORMATIONS COMMERCIALES**

**Activités**

Vos principaux clients, notamment du secteur médico-social, sur **le secteur Isère Rhodanienne** ou à proximité (Indiquer le nom, la fonction et les coordonnées des personnes qui pourront être éventuellement contactées),

1 /

2 /

3 / …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Autres clients du secteur médico-social

1 /

2 /

3 / …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Autres clients sur le **secteur Isère Rhodanienne**

1 /

2 /

3 / …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Structure Commerciale**

Structure commerciale de proximité dédiée à notre activité/société :

Nom, coordonnées et compétences de l’interlocuteur Commercial principal :

Combien d’interlocuteurs régionaux seront en charge du suivi commercial pour nos sites ? Transmettre un organigramme et un plan relationnel (équipe dédiée AFIPH + méthodologie de communication avec l’AFIPH)

Etes-vous en capacité de répondre à l’ensemble de notre demande (secteur géographique, prestations, …) ?

Si non, sur quels points (secteurs, prestations, etc…) ne souhaitez-vous pas répondre ?

**Opérationnel**

Quels sont les moyens logistiques dont vous disposez (matériel, personnel) ?

Nb chauffeurs : ………………………. dont chauffeurs en possession d’un permis TC ………………….

Nb d’accompagnateurs : …………………………….

Nb de véhicules (flotte total) : …………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Nb véhicules légers standard 2 places PMR : ……………… |  |
| Marques et modèles des véhicules 2 places PMR : ……………………….. | |
| Nb véhicules légers standard 4 places PMR : ……………… |  |
| Marques et modèles des véhicules 4 places PMR : ……………………….. | |
| Nb véhicules légers standard 5 places : ……………… | Dont aménagés PMR : ………………. |
| Marques et modèles des véhicules 5 places : ……………………….. | |
| Nb véhicules légers standard 7 places : ……………… | Dont aménagés PMR : ………………. |
| Marques et modèles des véhicules 7 places : ……………………….. | |
| Nb de véhicules 9 places : ……………….. | Dont aménagés PMR : ………………. |
| Marques et modèles des véhicules 9 places : ……………………….. | |
| Nb de véhicules TC 11 places : ……………….. | Dont aménagés PMR : ………………. |
| Marques et modèles des véhicules 11 places : ……………………….. | |
| Nb véhicules TC 16 places : ………………. | Dont aménagés PMR : ………………. |
| Marques et modèles des véhicules 16 places : ……………………….. | |
| Nb véhicules TC 23 places : ………………… | Dont aménagés PMR : ………………. |
| Marques et modèles des véhicules 23 places : ……………………….. | |
| Nb véhicules TC 50 places : ………………….. | Dont aménagés PMR : ………………. |
| Marques et modèles des véhicules 50 places : ……………………….. | |
| Autres ? | Dont aménagés PMR : ………………. |

**Qualité/sécurité/environnement**

Avez-vous des certifications ?

-Oui □ Non□ Si oui lesquelles

Joindre votre politique et votre Manuel dans le cas où vous en disposez.

**Responsabilité Sociétale des Entreprises**

Quelles solutions concrètes et indicateurs avez-vous mis en place en termes de Responsabilité Sociétale des Entreprises ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Connaissance et engagement dans le secteur associatif et du handicap**

Quelles sont vos connaissances, expériences, engagements, etc… dans le secteur médico-social et dans des organisations similaires à l’AFIPH ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..