|  |  |
| --- | --- |
| **Nom dU PRESTATAIRE : ……………………………………………………..** | |
| **PARTIE 1-Les principes MÉTHODOLOGIQUES et les ÉLÉMENTS de RÉPONSE attendus** | |
| **Le pilotage de l’évaluation et l’implication des parties prenantes** | |
| Les modalités de concertation lors des phases initiales de l’évaluation |  |
| Les modalités de suivi de l’évaluation |  |
| **Les conditions de mise en œuvre de l’évaluation** | |
| Étapes et méthode d’intervention |  |
| Particularités et contraintes éventuelles de la réalisation |  |
| Les conditions d’accès à l’information et aux documents disponibles |  |
| Modalités d’élaboration et de rendu du rapport |  |
| Temps nécessaire et calendrier |  |
| **Partie 2** – **Les QUALITÉS attendues de l’EQUIPE et ses obligations** | |
| Composition de l’équipe d’évaluation |  |
| **La qualification et les compétences des évaluateurs** | |
| Expérience professionnelle dans le champ médico-social |  |
| Certificats de formation aux méthodes évaluatives |  |
| Expérience de l’évaluation dans le secteur médico-social |  |
| Expérience d’évaluation dans le type d’établissements gérés par PEP28  Adéquation de la composition de l’équipe au regard des structures évaluées |  |
| **Les engagements de l’évaluateur** | |
| Absence de conflit d’intérêts |  |
| Confidentialité |  |
| Engagement en cas de retrait d’habilitation |  |
| Engagement à ne pas changer les membres de l’équipe |  |
| **PARTIE 3 – PRIX ET FACTURATION** | |

Modalité de facturation établissement/établissement :

Barème des frais annexes :

**Nom établissement (à dupliquer, 1 par établissement à évaluer) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignation** | **Unité** | **Quantité** | **Prix unitaire** | **Montant HT** |
| Préparation de  la mission | Jour-personne |  |  |  |
| Evaluation sur  site | Jour-personne |  |  |  |
| Rédaction du  pré-rapport | Jour-personne |  |  |  |
| Finalisation du  rapport | Jour-personne |  |  |  |
|  | | | Montant total  HT |  |
| TVA |  |
| Frais annexes |  |
| **Montant total**  **TTC** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant total**  **Association TTC** |  |

Fait à : Le :

Pour le prestataire : Signature et cachet du candidat :