



## AVIS A MANIFESTATION D'INTERET



### *Sélection des traducteurs, interprètes et autres prestataires indépendants de services de langues (freelance)*

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) à travers son Service de Traduction et d'Interprétation envisage de redynamiser et d'actualiser sa base de données sur les traducteurs, interprètes et autres prestataires indépendants de services de langues (freelance). En conséquence, elle invite tous les cabinets de traduction et d'interprétation ainsi que tous les interprètes, traducteurs et autres réviseurs exerçant à titre individuel qui sont intéressés par le présent avis à envoyer leurs dossiers comprenant une lettre de motivation, une copie du dossier d'enregistrement officiel auprès d'une autorité compétente de votre pays ainsi que les références du compte bancaire de l'entreprise (pour les cabinets).

Les dossiers de candidature doivent être également accompagnés d'une copie du Curriculum vitae (CV) du principal responsable ou du professionnel le plus qualifié (expérimenté) selon le modèle ci-joint, plus les copies de ses qualifications, s'il ou elle remplit les conditions suivantes dans l'une des trois langues de travail de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (Anglais, français, et Portugais) :

- être titulaire d'un diplôme universitaire reconnu en interprétation et/ou en traduction selon le descriptif de l'emploi pour lequel l'on postule, ou
- être titulaire d'un diplôme universitaire reconnu dans une discipline quelconque ainsi qu'un diplôme d'études universitaires de troisième cycle en interprétation ou en traduction, selon le descriptif de l'emploi, ou
- être titulaire d'un diplôme universitaire reconnu dans une discipline quelconque et avoir une expérience avérée dans le domaine de l'interprétation simultanée pour les interprètes et de la traduction pour les traducteurs.

En ce qui les concerne, les interprètes, les traducteurs ainsi que les réviseurs exerçant en tant qu'individus, ils doivent justifier d'une expérience professionnelle suffisante dans leur domaine.

L'OOAS invite les prestataires admissibles à manifester leur intérêt pour les services décrits ci-dessus. Les intéressés doivent fournir les informations démontrant qu'ils possèdent les qualifications requises et une expérience pertinente pour l'exécution desdits services.

Le prestataire sera sélectionné suivant les méthodes des qualifications des consultants telles que décrites dans le code de passation des marchés de la CEDEAO (mis en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014).

Les prestataires intéressés peuvent obtenir des informations supplémentaires à l'adresse ci-dessous et aux heures de services :

**Organisation Ouest Africaine de la Santé**

**01 BP 153 Bobo-Dioulasso 01**

**Avenue Ouezzin COULIBALI**

**Burkina Faso**

**Téléphone : (226) 20 97 57 75 /20 97 00 97**

**Adresse électronique : [offres@wahooas.org](mailto:offres@wahooas.org); [lamoukou@wahooas.org](mailto:lamoukou@wahooas.org) et [lboton@wahooas.org](mailto:lboton@wahooas.org) du lundi au vendredi de 08h00 à 16h00.**

La fiche de renseignement ci-jointe, dûment remplie doit être déposée à l'adresse ci-dessus, en personne, par courrier postal ou par courrier électronique à l'adresse [offres@wahooas.org](mailto:offres@wahooas.org) en **précisant l'objet**, au plus tard le **15 avril 2016 à 15 Heures TU**.

  
P. **Dr Xavier CRESPIN**  
**Directeur Général**



ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION OESTE AFRICANA DA SAUDE  
WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION  
BOBO DILOUSSO - BURKINA FASO

PJ: Fiche de renseignements



**SERVICE DE TRADUCTION ET D'INTERPRETATION  
MODELE DE DEMANDE POUR LES PRESTATAIRES INDÉPENDANTS (FREELANCE)**

**RENSEIGNEMENTS DE BASE**

Date de la demande	
Nom	
Date de naissance	
Nationalité	
Sexe	
Langue maternelle	

**REFERENCES OU COORDONNEES DU POSTULANT**

E-mail	
Adresse	
Boite/code postal	
N° Téléphone personnel	
N° Téléphone au bureau	
Fax	
N° Téléphone portable	
Ville	
Pays	

**CERTIFICATS / DIPLOMES OBTENUS, A COMMENCER PAR LE PLUS RECENT**

No	Date du début des études	Date de fin des études	Nom de la faculté/Université/ Etablissement	Pays et Ville	Diplôme obtenu
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES, A COMMENCER PAR LA PLUS RÉCENTE**

No	Date du début de l'expérience	Date de la fin de l'expérience	Nom de l'employeur	Pays et Ville	Poste occupé
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

