

APPENDIX 1 DE L'ANNEXE A

FORMULAIRE DE RÉPONSE AUX EXIGENCES OBLIGATOIRES DE L'ISQ

Pièce jointe 1.2 : AAIM 2.0	
Liste de vérification des critères d'évaluation obligatoires	
Client n° __	
Nom du répondant	
Industrie/secteur d'activité du client ou nom du client	
Type de produit d'infrastructure	<input type="checkbox"/>
Échéancier (au cours des cinq dernières années)	
Client du secteur public	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une référence de client au Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Expérience préalable en tant que fournisseur principal auprès de clients du secteur public	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue d'assistance	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____
Ligne téléphonique sans frais bilingue :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présence à l'échelle nationale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assistance internationale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'assistance	<input type="checkbox"/> Sur place <input type="checkbox"/> Autre : _____
Heures d'assistance	<input type="checkbox"/> 24 heures par jour, 7 jours par semaine <input type="checkbox"/> Autre : _____
Temps de réponse	
Assistance par courrier électronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Soutien du système de tickets d'assistance électroniques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires, explications ou détails supplémentaires	