# FORMULAIRE DE DEMANDE DE VACCIN DANS LE CADRE DE COVAX

*Veuillez remplir, signer et soumettre toutes les parties de cette demande, qui est requise pour la confirmation de la participation à la Facilité COVAX.*

Pour les pays qui ont conclu un Accord-cadre de partenariat (PFA) avec Gavi, les conditions générales du PFA restent pleinement en vigueur et s’appliquent à tout soutien de Gavi apporté dans le cadre de cette demande. Les conditions générales de la Facilité AMC COVAX 2022 s’appliquent également aux Vaccins approuvés, aux équipements et aux fournitures mis à disposition par l’intermédiaire de COVAX à compter du 31 mars 2022 inclus. En cas de conflit entre tout(e) terme, condition ou disposition du PFA et les Conditions générales de la Facilité AMC COVAX 2022 (incluant la présente demande), les Conditions générales de la Facilité AMC COVAX 2022 (incluant la présente demande) prévaudront. Pour les pays où il n’existe pas de PFA entre Gavi et le Pays, les Conditions générales de la Facilité AMC COVAX 2022 (incluant la présente demande) s’appliqueront à tout soutien apporté par Gavi dans le cadre de cette demande. En signant cette demande, en la renvoyant à Gavi et en acceptant la livraison de tout Vaccin approuvé ou de tout équipement ou fourniture connexe, le gouvernement du/de la/ de l’ [ ] (le « Pays ») reconnaît que la fourniture de Vaccins approuvés, d’équipement et de fourniture est soumise aux ***Conditions générales de la Facilité AMC COVAX 2022*** disponibles ici : <https://www.gavi.org/gavi-covax-amc#documents> ou sur le site Web COVAX de Gavi.

Tous les termes en majuscules qui ne sont pas autrement définis ont la signification qui leur est donnée dans les Conditions générales de la Facilité COVAX AMC 2022.

# NOM DU PARTICIPANT AU GROUPE AMC FORMULAIRE DE DEMANDE DE VACCIN CONTRE LA COVID-19

*Veuillez envoyer les Demandes de vaccins remplies par e-mail à l’adresse suivante :* [*covaxproposals@gavi.org*](mailto:covaxproposals@gavi.org) *en mettant en copie le Responsable pays à Gavi (SCM) et le Point de contact à Gavi (selon le cas), afin de confirmer la participation à la Facilité COVAX. Pour toute question, veuillez contacter votre Responsable pays à Gavi ou votre Point de contact à Gavi (selon le cas). Veuillez noter que les économies qui remplissent les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché (AMC) de COVAX peuvent demander une Assistance technique pour remplir la Demande de vaccins.*

1. **INFORMATIONS GÉNÉRALES**
2. Date de la demande (JJ/MM/AAAA) :
3. Nom du participant au groupe AMC :
4. Institution à l’origine de la demande :

Adresse :

Nom du contact :

Numéro de téléphone du contact :

Adresse e-mail du contact :

*Lors de la soumission de la Demande de vaccins, veuillez joindre une liste des membres et les coordonnées de votre Groupe de travail national sur les vaccins contre la COVID-19, notamment les partenaires techniques concernés et le(s) institut(s) de financement des donateurs. Veuillez inclure un ou plusieurs point(s) de contact aux fins de la préparation à la réglementation et à la sécurité, et de l’indemnisation.*

1. **PLANIFICATION DE LA VACCINATION DE LA POPULATION CIBLE**

*Lors du choix des populations cibles à des fins de vaccination, il est recommandé aux Participants au groupe AMC de respecter la* ***feuille de route du SAGE de l’OMS pour hiérarchiser l’utilisation des vaccins contre la COVID-19 en cas de disponibilité limitée*** *et le* ***cadre des valeurs du SAGE de l’OMS pour l’allocation et la hiérarchisation de la vaccination anti-COVID-19****, accessibles en anglais à l’adresse suivante :* <https://www.who.int/immunization/sage/covid-19_documents/en/>.

1. Date prévue pour le début de la vaccination (JJ/MM/AAAA) :
2. À la lumière de la Feuille de route du SAGE de l’OMS (lien ci-dessus), quel pourcentage de la population totale est ciblé pour la vaccination dès lors que la disponibilité le permet ? *Ce chiffre peut être inférieur ou supérieur à 20 % :*
3. Dans le tableau ci-dessous, veuillez énumérer les groupes ciblés par la vaccination par ordre de priorité :

|  |  |
| --- | --- |
| **Population cible (description)** | **Proportion de la population totale (%)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Veuillez justifier votre choix des populations cibles (par exemple, alignement sur les recommandations du SAGE DE L’OMS) :

1. Veuillez répondre aux questions ci-dessous concernant les dispositifs d’injection (seringues) et les boîtes de sécurité :

Nombre total de dispositifs d’injection (seringues) disponibles qui pourraient être utilisés pour les vaccinations contre la COVID-19 :

Nombre total de boîtes de sécurité disponibles qui pourraient être utilisées pour la collecte des dispositifs d’injection pour les vaccinations contre la COVID-19 :

Si vous anticipez un besoin supplémentaire en dispositifs d’injection (seringues) et en boîtes de sécurité dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19, quel mécanisme d’approvisionnement prévoyez-vous d’utiliser ?

UNICEF OPS Auto-approvisionnement

Pour les Participants au groupe AMC qui ont coché « UNICEF » ou « OPS » ci-dessus, veuillez indiquer la capacité de stockage à sec au niveau national/central) :

* Capacité totale de stockage à sec :      m3 nets disponibles
* Capacité de stockage à sec disponible pour les dispositifs d’injection (seringues) et les boîtes de sécurité qui seront utilisés pour la vaccination contre la COVID-19      m3 nets disponibles

1. **PARTAGE DES COÛTS**

*Les données relatives au partage des coûts demandées dans ce formulaire sont fournies à titre indicatif et ne constituent pas un engagement juridiquement contraignant à ce stade.*

Les Participants au groupe AMC sont invités à partager les coûts des doses reçues par l’intermédiaire de la Facilité. Toutefois, l’incapacité à partager les coûts n’aura pas d’incidence sur la capacité des Participants à l’AMC COVAX à accéder aux doses entièrement financées par les donateurs fournies par l’intermédiaire de l’AMC COVAX. Le partage des coûts peut être utilisé pour financer des doses supplémentaires au-delà de celles financées par les donateurs de l’AMC COVAX, permettant ainsi aux Participants au groupe AMC d’atteindre une plus grande partie de leur population. Si les doses de l’AMC COVAX financées par les donateurs ne permettent pas d’atteindre la population cible souhaitée à des fins de vaccination, seriez-vous intéressé(e) par l’achat de doses supplémentaires par l’intermédiaire de COVAX, entièrement financées par les contributions dans le cadre du partage des coûts ? *(Non contraignant ; à titre d’information uniquement)*

Oui  Non

1. **PRODUCTION NATIONALE DE VACCINS ANTI-COVID-19 ET ACCORDS BILATÉRAUX**

*Conformément à ce qui est indiqué dans les Conditions générales de la Facilité COVAX 2022, la Facilité COVAX exige de tous les participants qu’ils fassent preuve de transparence en ce qui concerne ces accords bilatéraux, existants ou futurs, tout en indiquant que l’accès aux doses issues des accords bilatéraux n’aura pas d’incidence sur l’accès prévu au volume de doses de Vaccins approuvés dans le cadre de la Facilité COVAX.*

*La fourniture des informations ci-dessous permettra de mettre en évidence les points sur lesquels il pourra être utile de poursuivre les discussions, par exemple pour s'aligner sur toute question relative à la chaîne d'approvisionnement logistique ou pour étudier les possibilités de partenariat pour un bénéfice mutuel, c'est-à-dire la fongibilité dans des transactions complémentaires. Elles pourraient, par exemple, permettre de mieux comprendre s’il existe dans votre système des circonstances ou des contraintes dues à d’autres vaccins ou à des campagnes planifiées qui auraient une incidence sur votre capacité à recevoir des Vaccins approuvés.*

1. Disposez-vous d’une capacité nationale de production de vaccins contre la COVID-19 ? Dans l’affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Oui Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fabricant** | **Type(s) de vaccin(s)** | **Capacité prévue (doses/période)** | **Date prévue de la disponibilité des premières doses (JJ/MM/AAAA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Existe-t-il des accords bilatéraux pour l’achat de vaccins anti-COVID-19 directement auprès des fabricants ? Dans l’affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Oui  Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fabricant** | **Type(s) de vaccin(s)** | **Volume convenu en doses** | **Date prévue de la disponibilité des premières doses (JJ/MM/AAAA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **CARACTÉRISTIQUES DU VACCIN**

*Le Cadre d’allocation s’efforcera d’intégrer la préférence pour le produit lors de l’allocation des vaccins. Bien que des efforts soient déployés pour établir les « meilleures correspondances » entre les produits et les préférences, les Participants au groupe AMC ne sont pas assurés de recevoir des produits ayant les caractéristiques pour lesquelles ils ont indiqué une préférence, dans la mesure où la préférence est l’un des nombreux facteurs qui doit être pris en considération lors de l’attribution du Vaccin approuvé, qui incluent également la disponibilité limitée de l’offre.*

1. Veuillez remplir le tableau ci-dessous.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Regroupement des caractéristiques du vaccin** | **Caractéristiques du vaccin** | **Veuillez classer les 12 caractéristiques du vaccin (« a » à « m »), en mettant la plus souhaitable en haut et la moins souhaitable en bas** | ***Exemple (Ceci est purement à titre d’illustration et n’a pas pour objectif d’influencer les préférences des Participants au groupe AMC)*** |
| Plateforme vaccinale | a. ARNm |  | *l. Prix moins élevé* |
| b. Inactivé |  | *k. Moins de doses par posologie* |
| c. Vecteur viral |  | *d. Vaccins préqualifiés par l’OMS* |
| Processus réglementaire | d. Vaccins préqualifiés par l’OMS |  | *g. Vaccins ayant des exigences standard en matière de chaîne du froid (2-8 °C)* |
| e. Vaccins qui ont reçu l’approbation d’une autorité stricte de réglementation à ce jour |  | *b. Inactivés* |
| f. Vaccins qui ont été accordés uniquement sur la Liste des utilisations d’urgence à ce jour |  | *e. Vaccins qui ont reçu l’approbation d’une autorité stricte de réglementation à ce jour* |
| Exigences en matière de chaîne du froid | g. Vaccins ayant des exigences standard en matière de chaîne du froid (2-8 °C) |  | *c. Vecteur viral* |
| h. Vaccins ayant des exigences standard en matière de chaîne du froid (-20 °C) |  | *h. Vaccins ayant des exigences en matière de chaîne du froid (-20 °C)* |
| i. Vaccins ayant des exigences en matière de chaîne de l’ultra-froid (-70 °C) |  | *f. Vaccins qui ont été accordés uniquement sur la Liste des utilisations d’urgence à ce jour* |
| Doses par flacon / présentation | j. Moins de doses par flacon (moins de 10) |  | *j. Moins de doses par flacon (moins de 10)* |
| Doses par posologie / traitement | l. Moins de doses par posologie |  | *a. ARNm* |
| Prix | m. Prix moins élevé |  | *i. Vaccins ayant des exigences en matière de chaîne de l’ultra-froid (-70 °C)* |

1. En supposant que deux Vaccins approuvés qui ont des caractéristiques équivalentes deviennent disponibles par l’intermédiaire de la Facilité COVAX dans les 3 à 6 mois l’un de l’autre, laquelle des options suivantes choisiriez-vous ? Veuillez cocher une réponse.

Déployer la vaccination anti-COVID-19 avec les deux produits dans votre calendrier vaccinal afin d’accélérer la réception et la livraison des Vaccins approuvés

Accepter un rythme plus lent pour recevoir des Vaccins approuvés (p. ex., d’environ 6 mois) afin d’éviter les complications programmatiques et logistiques liées à la livraison de deux produits différents

Justification (facultative) :

1. **INFORMATIONS SUR L’ÉTAT DE PRÉPARATION RÉGLEMENTAIREET RELATIVE À LA SÉCURITÉ**

*Le manque de préparation réglementaire et relative à la sécurité a retardé la réception rapide des vaccins par les pays dans le passé. Les informations recueillies ici seront utilisées pour optimiser l’allocation en comprenant à l’avance les processus réglementaires et les calendriers des Participants au groupe AMC.*

1. Existe-t-il un mécanisme défini pour reconnaître ou s’appuyer sur la Liste des utilisations d’urgence de l’OMS (EUL) ou sur la préqualification de l’OMS ?

Liste des utilisations d'urgence de l’OMS : Oui  Non

Préqualification de l’OMS : Oui  Non

1. Existe-t-il un mécanisme défini pour reconnaître ou s’appuyer sur les décisions réglementaires (autorisation de mise sur le marché ou approbation d’urgence) de la part des autorités strictes de réglementation ?

Autorisation de mise sur le marché : Oui  Non

Dans l’affirmative, veuillez énumérer les pays avec la ou les SRA concernée(s) :

Approbation d’urgence : Oui  Non

Dans l’affirmative, veuillez énumérer les pays avec la ou les SRA concernée(s) :

1. Existe-t-il des procédures réglementaires accélérées pour l’approbation des produits médicaux anti-COVID-19 (médicaments et vaccins) autres que le recours à la Liste des utilisations d’urgence de l’OMS, à la préqualification de l’OMS et/ou à l’autorisation de mise sur le marché ou à l’approbation d’urgence d’une autorité stricte de réglementation ?

Oui  Non

1. Quel est le nombre maximum de jours ouvrables requis pour obtenir l’approbation d’urgence, en considérant que de tels mécanismes existent (de préférence en moins de 15 jours ouvrables) ?

      jours ouvrables

1. Quelles sont les exigences et la liste des documents nécessaires a minima pour les approbations réglementaires de produits anti-COVID-19 dans le cadre de procédures d’urgence ou accélérées définies ? *Veuillez joindre une copie des exigences/documents relatifs aux procédures d’urgence et/ou accélérées ou fournir le lien s’il est disponible dans le domaine public.*

1. Un permis d’importation peut-il être délivré en moins de cinq (5) jours ouvrables ?

Oui  Non

     jours ouvrables

1. Quelles sont les exigences et la liste des documents nécessaires a minima pour l’importation de médicaments ou de vaccins anti-COVID-19 ? *Veuillez joindre la liste des documents nécessaires au permis d’importation ou fournir un lien s’il est disponible dans le domaine public.*

1. Existe-t-il une dérogation à la libération du lot ou le vaccin anti-COVID-19 peut-il être libéré en moins de deux jours en examinant uniquement le protocole de lot sommaire (aucun test n’est requis) ?

Oui  Non

1. Existe-t-il un système qui peut contrôler et étudier l’innocuité des produits médicaux d’urgence et/ou l’accès aux informations mondiales disponibles en matière de pharmacovigilance ?

Oui  Non

Êtes-vous membre du réseau de pharmacovigilance OMS-UMC ?

Oui  Non

1. **CAPACITÉ DE LA CHAÎNE DU FROID ET LOGISTIQUE**

**CAPACITÉ NATIONALE/CENTRALE DE STOCKAGE FRIGORIFIQUE**

*Les vaccins anti-COVID-19 sont actuellement en cours de développement et ont des exigences différentes en matière de stockage frigorifique, notamment le stockage à -70 °C (chaîne de l’ultra-froid), à -20 °C et/ou 2-8 °C[[1]](#footnote-1). Veuillez décrire vos attentes actuelles en matière de capacité au niveau national/central pour le stockage d’un vaccin anti-COVID-19, pour chaque type de stockage frigorifique. Aux fins du calcul de l’écart, nous supposons une taille d’emballage secondaire par dose de 4,6 cm3 et une posologie à deux doses.*

1. Au niveau national/central, les vaccins sont-ils stockés dans leur emballage secondaire (boîte) ou tertiaire (palette) ? Secondaire Tertiaire
2. Veuillez remplir le tableau ci-dessous.

|  |  |
| --- | --- |
| **Besoin en matière de stockage** | **Quelle est votre capacité totale actuelle de stockage frigorifique au niveau central/national ?** |
| 2-8 °C | m3 nets disponibles |
| -20 °C | m3 nets disponibles |
| -70 °C (chaîne de l’ultra-froid) | m3 nets disponibles |

1. Veuillez remplir le tableau ci-dessous.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Besoin en matière de stockage** | **Quelle est la taille maximale de l’expédition qui pourra être reçue, capturée (en m3) ?** | **À quelle fréquence de livraison (en semaines) les expéditions de cette taille pourront-elles être reçues ?** |
| 2-8 °C | m3 | semaines |
| -20 °C | m3 | semaines |
| -70 °C (chaîne de l’ultra-froid) | m3 | semaines |

1. Veuillez répondre aux questions ci-dessous relatives au stockage frigorifique d’urgence (capacité de stockage supplémentaire qui n’est pas disponible à l’heure actuelle mais qui pourrait être mise à disposition en cas de besoin et si la capacité de la chaîne du froid nationale est insuffisante).

Existe-t-il une capacité de stockage frigorifique d’urgence ?

Oui  Non

Avez-vous besoin d’un conteneur frigorifique à des fins de stockage frigorifique ?

Oui  Non

Veuillez remplir le tableau ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| **Besoin en matière de stockage** | **Capacité totale de stockage frigorifique d’urgence** |
| 2-8 °C | m3 nets disponibles |
| -20 °C | m3 nets disponibles |
| -70 °C (chaîne de l’ultra-froid) | m3 nets disponibles |

1. Veuillez répondre aux questions ci-dessous relatives au stockage à température ambiante d’urgence :

Une capacité de stockage d’urgence est-elle disponible pour les articles auxiliaires ?

Oui  Non

Avez-vous besoin d’un conteneur de stockage à des fins de stockage d’articles auxiliaires ?

Oui  Non

**AÉROPORT(S) POUR LES LIVRAISONS (EXPÉDITIONS INTERNATIONALES)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code** | **Nom** | **Horaires d’ouverture** | **Destinataire** | **Possibilité de reconditionnement/stockage du froid disponible ?** | | **Agent en charge du dédouanement** |
|  |  |  |  | Oui | Si oui, veuillez décrire la capacité de stockage frigorifique dans le tableau suivant. |  |
| Non | Si non, veuillez préciser :   * Disposez-vous d’un processus de dédouanement préalable pour récupérer les Vaccins approuvés à l’arrivée ?   Oui  Non   * Combien de jours à l’avance le document de conseils préalables pour l’expédition du Vaccin approuvé est-il nécessaire ?         jours |

**CAPACITÉ DE STOCKAGE DE LA CHAÎNE DU FROID PAR AÉROPORT D’ENTRÉE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du port d’entrée :** | **Code du port d’entrée :** | |
| Capacité de stockage de la chaîne du froid | m3 nets disponibles (2-8 °C) | |
| m3 nets disponibles (-20 °C) | |
| m3 nets disponibles (-70 °C) | |
| Capacité de stockage de la chaîne du froid disponible pour le Vaccin approuvé anti-COVID-19 | m3 nets disponibles (2-8 °C) | |
| m3 nets disponibles (-20 °C) | |
| m3 nets disponibles (-70 °C) | |
| L’entrepôt de la chaîne du froid est-il un entrepôt sous douane ? | Oui  Non | |
| Méthode de manutention pour le chargement/déchargement | Manuelle  Mécanique | |
| Délai de transport estimé entre ce port d’entrée et le premier point de stockage | heures |

**DOCUMENTS REQUIS POUR L’EXPÉDITION**

Les documents par défaut sont acceptables

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vaccins** | | |
| **Document** | **Original ou copie ?**  [Original/Copie] | **Combien de temps à l’avance ?**  [24 heures/48 heures/1 semaine/1 mois/S/o] |
| Certificat d’analyse |  |  |
| Certificat d’origine |  |  |
| Liste de colisage (numéro de lot et date d’expiration) |  |  |
| Certificat de vente libre |  |  |
| Facture pro forma |  |  |
| Facture de transport aérien |  |  |
| Autres documents, le cas échéant[[2]](#footnote-2) – *veuillez les énumérer :* |  |  |
| **Articles auxiliaires** | | |
| **Document** | **Original ou copie ?**  [Original/Copie] | **Combien de temps à l’avance ?**  [24 heures/48 heures/1 semaine/1 mois/S/o] |
| Certificat d’analyse |  |  |
| Certificat d’origine |  |  |
| Liste de colisage (numéro de lot et date d’expiration) |  |  |
| Certificat de vente libre |  |  |
| Facture pro forma |  |  |
| Facture de transport aérien |  |  |
| Autres documents, le cas échéant1 – *veuillez les énumérer :* |  |  |

**INDEMNISATION**

*La fourniture de Vaccins approuvés au Pays dépendra du fait que le Pays acceptera au préalable d’indemniser le fabricant concerné contre les allégations de responsabilité du produit associées à l’utilisation ou à l’administration du Vaccin approuvé. À ce titre, le Pays sera invité à conclure un accord d’indemnisation (« l’Accord d’indemnisation ») essentiellement sous la forme de l’Annexe à la présente partie B de la Demande avec le ou les fabricant(s) concerné(s) et conformément aux Conditions générales de la Facilité AMC COVAX 2022.*

*La Facilité COVAX a mis en place un mécanisme de compensation sans faute afin d’indemniser toute personne du groupe AMC qui souffre d’un événement indésirable grave qui s’avère être associé au Vaccin approuvé ou à son administration (EIG). Le versement de l’indemnité aux personnes susmentionnées constituera un règlement complet et définitif de toute réclamation (que ce soit à l’encontre du fabricant et/ou de toute autre partie impliquée dans la distribution ou l’administration du Vaccin approuvé) découlant de l’EIG en question ou en rapport avec celui-ci.*

*Les informations recueillies ici seront utilisées pour optimiser l’allocation en comprenant à l’avance : (i) la capacité du Pays à conclure un tel Accord d’indemnisation avec le(s) fabricant(s) et les processus et calendriers pour y parvenir ; et (ii) la capacité des personnes dans le Pays à accepter un paiement dans le cadre du mécanisme de compensation en règlement total et définitif de toute réclamation en rapport avec l’EIG en question. Veuillez fournir des données sur les aspects suivants.*

1. Le Pays propose-t-il une immunité contre les litiges délictueux aux fabricants de vaccins et à d’autres acteurs pour les activités de développement et l’administration d’un vaccin relatif à la COVID-19 ?

Oui  Non

1. Une loi devra-t-elle être adoptée dans le pays pour que celui-ci puisse (a) conclure un ou des accord(s) d’indemnisation avec le(s) fabricant(s) de Vaccins approuvés ; et/ou (b) indemniser le(s) fabricant(s) de Vaccins approuvés, conformément aux exigences de l’Accord d’indemnisation ? ;

Oui  Non

1. Si une législation est nécessaire eu égard à la question ci-dessus, veuillez indiquer le nombre de semaines nécessaires au Pays pour l’adoption de toutes les lois pertinentes afin que le Pays puisse conclure et/ou fournir l’indemnisation requise au titre du ou des Accords d’indemnisation susmentionné(s) avec le(s) fabricant(s).

      semaines

1. Veuillez indiquer qui (intitulé du poste et nom du titulaire actuel du poste) dispose de l’autorité nécessaire, au nom et pour le compte du Pays, pour conclure ledit Accord d’indemnisation avec le(s) fabricant(s) des Vaccins approuvés alloués au Pays.

Intitulé du poste :

Nom du titulaire actuel du poste :

1. Veuillez indiquer le nombre de semaines nécessaires au Pays pour conclure un tel accord d’indemnisation avec le(s) fabricant(s).

      semaines

1. Une loi devra-t-elle être adoptée dans le Pays afin de permettre aux personnes souffrant d’un EIG associé à un Vaccin approuvé ou à son administration d’accepter des paiements au titre du mécanisme de compensation, en règlement total et définitif de toute réclamation découlant dudit EIG ou s’y rapportant ?

Oui  Non

1. Si une loi est nécessaire eu égard à la question ci-dessus, veuillez indiquer le nombre de semaines nécessaires au Pays pour l’adoption de toutes les lois pertinentes afin de permettre aux personnes souffrant d’EIG, dont il est établi qu’ils sont associés à un Vaccin approuvé ou à son administration, d’accepter des paiements au titre du mécanisme de compensation, en règlement total et définitif de toute réclamation découlant dudit EIG ou s’y rapportant.

      semaines

NOM DU PARTICIPANT AU GROUPE AMC FORMULAIRE DE SIGNATURE

Nom du participant au groupe AMC souhaite étendre le partenariat existant avec Gavi à des fins d’amélioration du programme de vaccination du Pays, et demande spécifiquement par la présente le soutien de la Facilité COVAX pour : Vaccin approuvé contre la COVID-19.

Nom du participant au groupe AMC s’engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément aux plans stratégiques nationaux en matière de santé et de vaccination.

La version anglaise de la présente Demande prévaudra en cas de conflit entre la version anglaise et une version traduite.

Veuillez noter que la Facilité COVAX n’examinera pas la présente Demande en l’absence des signatures du ministre de la Santé et du ministre des Finances ou de leur autorité déléguée.

*Nous, soussignés, affirmons que les objectifs et les activités de la présente Demande correspondent parfaitement aux plans stratégiques nationaux en matière de santé et de vaccination (ou équivalents) et que les fonds pour la mise en œuvre de toute activité liée à la Facilité COVAX, y compris les fonds nationaux, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la Santé.*

*Nous, soussignés, confirmons l’accord et la compréhension du Pays selon lesquels la fourniture de Vaccins approuvés est subordonnée à la conclusion préalable par le Pays d’un Accord d’indemnisation avec chaque fabricant d’un Vaccin approuvé alloué au Pays et se fera conformément aux Conditions générales de la Facilité AMC COVAX 2022.* Le formulaire de l’Accord d’indemnisation peut être demandé auprès du Responsable pays à Gavi ou du Point de contact (selon le cas).

|  |  |
| --- | --- |
| Le/la ministre de la Santé (ou autorité déléguée) | Le/la ministre des Finances (ou autorité déléguée) |
| Nom : | Nom : |
| Date : | Date : |
| Signature : | Signature : |

1. Parmi les candidats actuellement en développement, l’un nécessite un stockage à -70 °C, un autre à -20 °C, et le reste à 2-8 °C. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Toute exigence de documentation non standard peut ralentir la rapidité de la livraison et augmenter les coûts pour les pays.*  [↑](#footnote-ref-2)