Service de santé des armées

Direction des approvisionnements en produits de santé des armées

**Plateforme achats finances santé**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTE D’ENGAGEMENT** | ATTRI1 |

|  |
| --- |
| 1. **OBJET DE L’ACTE D’ENGAGEMENT** |

* Objet du marché public ou de l’accord-cadre

La réalisation de prestations de médecine de prévention au profit des personnels civils du ministère des Armées relevant du 2e CMA de Versailles pour la zone géographique de Versailles, Brétigny et Saclay.

* Cet acte d'engagement correspond :

à l’ensemble du marché ou de l’accord-cadre *(en cas de non allotissement)*;

au lot n°……. ou aux lots n°…………… du marché ou de l’accord-cadre *(en cas d’allotissement)* ;

*(Indiquer l’intitulé du ou des lots tel qu’il figure dans l’avis d'appel à la concurrence ou l’invitation à confirmer l’intérêt.)*

correspondant, pour les lots n°……., à l’offre variable *(en cas d’allotissement)* ;

à l’offre de base.

à la variante suivante :

|  |
| --- |
| 1. **ENGAGEMENT DU TITULAIRE OU DU GROUPEMENT TITULAIRE** |

## Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché ou de l’accord-cadre suivantes,

CCAP n° DAF\_2021\_001562

CCAG : Fournitures courantes et services

CCTP n° DAF\_2021\_001562 et ses annexes

Autres : annexes financières et formulaire de demande de contrôle primaire

et conformément à leurs clauses,

Le signataire

s’engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie* ***et son numéro SIRET.]***

Cliquez ici pour taper du texte.

engage la société ……………………… sur la base de son offre ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie* ***et son numéro SIRET.]***

Cliquez ici pour taper du texte.

L’ensemble des membres du groupement s’engagent, sur la base de l’offre du groupement ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]*

Cliquez ici pour taper du texte.

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées :

aux prix indiqués ci-dessous ;

Taux de la TVA : Cliquez ici pour taper du texte.

Montant hors taxes : Cliquez ici pour taper du texte.

Montant hors taxes arrêté en chiffres à :

Cliquez ici pour taper du texte.

Montant hors taxes arrêté en lettres à :

Cliquez ici pour taper du texte.

Montant TTC :

Montant TTC arrêté en chiffres à : ………………………………………………….......................................

Montant TTC arrêté en lettres à : ……………………………………………………………………………..

OU

aux prix indiqués dans l’annexe financière jointe au présent document.

## Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations

*(en cas de groupement d’opérateurs économiques.)*

Pour l’exécution du marché ou de l’accord-cadre, le groupement d’opérateurs économiques est :

conjoint OU  solidaire

*(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’entre eux s’engage à réaliser.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation des membres**  **du groupement conjoint** | *Prestations exécutées par les membres**du groupement conjoint* | |
| **Nature de la prestation** | **Montant HT**  **de la prestation** |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Compte (s) à créditer

*(Joindre un ou des relevé(s) d’identité bancaire ou postal.)*

* Nom de l’établissement bancaire :
* Numéro de compte :

## Avance (R. 2191-3 à R. 2191-10 du code de la commande publique)

Je renonce au bénéfice de l'avance :  NON  OUI

*(Cocher la case correspondante.)*

## PME/PMI

Je déclare que mon entreprise a le statut de PME/PMI au sens du décret n°2008-1354 du 18 décembre 2008 relatif aux critères permettant de déterminer la catégorie d’appartenance d’une entreprise :

NON  OUI

## Durée du marché ou de l’accord-cadre

Le marché est conclu pour une période initiale allant de la date de notification jusqu’ au 31 décembre de l’année en cours.

Le marché sera reconduit tacitement, au 1er janvier de chaque année, sans pouvoir excéder 6 ans (6 reconductions maximum).

Le marché prendra fin au plus tard à l’issue du 72ème mois d’exécution.

* 1ère période de reconduction : 1er janvier au 31 décembre de l’année N+1 ;
* 2ème période de reconduction : 1er janvier au 31 décembre de l’année N+2 ;
* 3ème période de reconduction : 1er janvier au 31 décembre de l’année N+3 ;
* 4ème période de reconduction : 1er janvier au 31 décembre de l’année N+4 ;
* 5ème période de reconduction : 1er janvier au 31 décembre de l’année N+5 ;
* dernière période de reconduction : 1er janvier N+6 au jour précédant la date anniversaire

de la notification du marché.

|  |
| --- |
| 1. **signature du marchÉ par le titulaire individuel, OU EN CAS DE GROUPEMENT, LE MANDATAIRE DUMENT HABILITÉ, OU CHAQUE MEMBRE DU GROUPEMENT.** |

1. ***Signature du marché ou de l’accord-cadre par le titulaire individuel***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |

(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.

1. ***Signature du marché ou de l’accord-cadre en cas de groupement***

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *(Article R2142-24 du décret 2018-1075)*:

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du mandataire]*

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(Cocher la case correspondante.)*

conjoint OU  solidaire

Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement :

*(Cocher la ou les cases correspondantes.)*

pour signer le présent acte d’engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ou de l’accord-cadre ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.

Les membres du groupement, qui signent le présent acte d’engagement :

*(Cocher la case correspondante.)*

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché ou de l’accord-cadre ;

donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :

*(Donner des précisions sur l’étendue du mandat.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION ET SIGNATURE DE L’ACHETEUR** |

# Désignation du Pouvoir adjudicateur

# Monsieur le Directeur des approvisionnements en produits de santé des armées

# *(Désigné par l’arrêté du 22 juin 2007 modifié)*

* Nom, prénom, qualité du signataire du marché ou de l’accord-cadre

Monsieur Le pharmacien général Pascal FAVARO,

Directeur des approvisionnements en produits de santé des armées

* Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article 2191-60 du code de la commande publique (nantissements ou cessions de créances)*:*

Monsieur Le pharmacien général Pascal FAVARO,

Directeur des approvisionnements en produits de santé des armées

TSA 20003

45404 FLEURY LES AUBRAIS CEDEX

* Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire

Agence Comptable des Services Industriels de l’Armement

Département comptable ministériel

(ACSIA/DCM)

Le Vendôme III

11, rue des Remparts

93 196 – NOISY LE GRAND CEDEX

* Imputation budgétaire

Ministère des armées – Service de santé des armées

* + BOP : 17864 C
  + Action : 05
  + Sous action : 80

**Pour l’État et ses établissements :**

*(Visa ou avis de l’autorité chargée du contrôle financier.)*

À : …………………… , le …………………

Signature

*(représentant de l’acheteur habilité à signer le marché ou l’accord-cadre)*