

ACTE D'ENGAGEMENT

A- Objet du marché

Emission et livraison de Titres service « CESU / Chèque d'accompagnement personnalisé »

Marché n° 2023-05

Appel d'offres ouvert - articles R2124-2 1°, R2161-2 à R2161-5 du Code de la commande publique

B- Identification du pouvoir adjudicateur

CPAM DE LOT ET GARONNE

Adresse : 2 rue Diderot – 47914 AGEN CEDEX 9

Téléphone	:	05.53.69.11.35
Courriel	:	marches.cpam-agen@assurance-maladie.fr

Signataire du marché :	Monsieur le Directeur de la CPAM
Personne habilitée article R2191-60 du code de la commande publique :	Monsieur le Directeur de la CPAM
Ordonnateur :	Monsieur le Directeur de la CPAM
Comptable assignataire des paiements :	Madame la Directrice Comptable et Financière de la CPAM

C- Contractant(s)

Signataire

Nom :	
Prénom :	
Qualité :	

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Signant pour mon propre compte |
| <input type="checkbox"/> | Signant pour le compte de la société |
| <input type="checkbox"/> | Signant pour le compte de la personne publique prestataire |

et

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Agissant en tant que prestataire unique |
| <input type="checkbox"/> | Agissant en tant que membre du groupement défini ci-après |

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solidaire | <input type="checkbox"/> Conjoint |
|------------------------------------|-----------------------------------|

NB : L'acheteur n'impose aucune forme au groupement après attribution. En cas de groupement conjoint, le mandataire est solidaire des autres membres du groupement.

Prestataire individuel ou mandataire du groupement

Raison sociale :	
Adresse :	
Code postal :	
Bureau distributeur :	
Téléphone :	
Fax :	
Courriel :	
Numéro SIRET :	
Numéro au registre du commerce :	
Ou au répertoire des métiers :	
Code NAF/APE :	

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LOT ET GARONNE

<p>En cas de groupement, cotraitant n°1</p> <p>Raison sociale : Adresse :</p> <p>Code postal : Bureau distributeur : Téléphone : Fax : Courriel : Numéro SIRET : N° Registre commerce : N° Répertoire des Métiers : Code NAF/APE :</p>	<p>Cotraitant n°3</p> <p>Raison sociale : Adresse :</p> <p>Code postal : Bureau distributeur : Téléphone : Fax : Courriel : Numéro SIRET : N° Registre commerce : N° Répertoire des Métiers : Code NAF/APE :</p>
<p>Cotraitant n°2</p> <p>Raison sociale : Adresse :</p> <p>Code postal : Bureau distributeur : Téléphone : Fax : Courriel : Numéro SIRET : N° Registre commerce : N° Répertoire des Métiers : Code NAF/APE :</p>	<p>Cotraitant n°4</p> <p>Raison sociale : Adresse :</p> <p>Code postal : Bureau distributeur : Téléphone : Fax : Courriel : Numéro SIRET : N° Registre commerce : N° Répertoire des Métiers : Code NAF/APE :</p>

Engagement, après avoir pris connaissance des documents constitutifs du marché, je m'engage (nous nous engageons) sans réserve, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après,

Je m'engage (ou j'engage le groupement dont je suis mandataire), sur la base de mon offre (ou de l'offre du groupement), exprimée **en euro**, réalisée sur la base des conditions économiques du mois de remise des offres (dit mois 0).

L'offre ainsi présentée me lie pour une durée de **120 jours** à compter de la date limite de remise des offres.

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LOT ET GARONNE

D- Prix

Première période		Périodes cumulées	
Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
0,00 € HT	55 000,00 € HT	0,00 € HT	260 000,00 € HT

Sous-traitance envisagée et déclarée en cours d'exécution

Nature de la prestation	Montant HT
	€

E- Durée de validité et délai

Point de départ du délai : 1 octobre 2023

Le délai de validité est de 1 an reconductible 3 fois, pour une durée de 1 an

Le délai fixé par le candidat est de :

Zone à compléter par le candidat :

Délai de livraison des envois aux bénéficiaires

.....Jours ouvrés

Délai plafond : 10 jours ouvrés

F – Paiement

F1- Désignation du (des) compte(s) à créditer

Zone à compléter par le candidat :

Titulaire	Banque	Pays/Clé IBAN	BBAN ou RIB	BIC

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LOT ET GARONNE

F2- Avance

Une avance est prévue au taux de 5%, pour les bons de commande dont le montant est supérieur à 50.000 € HT et dont le délai est supérieur à 2 mois.

Le taux de l'avance passe à 30% (option A du CCAG) si le titulaire ou le sous-traitant est une PME conformément à l'article R. 2191-7 du Code de la commande publique.

Zone à compléter par le candidat :

Le candidat

☐ Accepte

☐ Refuse l'avance

En signant le marché, la société s'engage à respecter la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée ainsi que le Règlement (UE) 2016/679 « RGPD ».

Zone à compléter par le candidat :

A, le

Signature du (des) prestataire(s) :

G- Décision du pouvoir adjudicateur

La présente offre est acceptée :

À Agen, le
Le Directeur de la CPAM,

Olivier FILIOL

H- Notification

Reçu l'avis de réception postal de la notification du marché,

Signé le par le titulaire, ou exemplaire remis sur place, *ou coller l'avis de réception postal.*

I- Nantissement ou cession de créance

Le montant maximal de la créance que je pourrai (nous pourrons) présenter en nantissement est de
..... euros TVA incluse

Copie délivrée en unique exemplaire pour être remise à l'établissement de crédit ou au bénéficiaire de la cession ou du nantissement de droit commun.

À Agen, le
Le Directeur de la CPAM,

Olivier FILIOL

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LOT ET GARONNE

Modifications ultérieures en cas de sous-traitance.

La part des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants est ramenée/portée à :

Date	Montant HT	Signature
	€	
	€	

ACTE SPECIAL DE SOUS-TRAITANCE

Annexe au marché n°

- Prestations sous-traitées

Nature de la prestation	Montant HT
	€

- Sous-traitant

Raison sociale :	
Adresse :	
Code postal :	
Bureau distributeur :	
Téléphone :	
Télécopie :	
Courriel :	
Numéro SIRET :	
Numéro au registre du commerce :	
Ou au répertoire des métiers :	
Code NAF :	

- Compte à créditer

Titulaire	Banque	Pays/Clé IBAN	BBAN ou RIB	BIC

A, le

Signature du titulaire responsable :

Le pouvoir adjudicateur accepte le sous-traitant et agréé ses conditions de paiement.

À Agen, le
Le Directeur de la CPAM,

Olivier FILIOL