

Direction des ressources
Service logistique

MARCHÉ PUBLIC
MARCHÉ DE SERVICES

Acte d'engagement (AE)

IDENTIFICATION DU CONTRAT

ACHETEUR :	La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme
ADRESSE :	
COORDONNÉES :	
OBJET DU CONTRAT :	2024-005 Prestations de nettoyage des locaux des sites de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme
TYPE DE CONTRAT :	Marché mixte de services passé en Appel d'offres ouvert (Article R2124-2 1° - Code de la commande publique)

IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR

RAISON SOCIALE :	
SIRET* :	
REPRESENTÉ PAR** :	
ADRESSE :	
TÉLÉPHONE :	
COURRIEL :	
AGISSANT EN TANT QUE :	<div>Titulaire (1) - Mandataire du groupement solidaire (2)</div> <div>Mandataire du groupement conjoint (3)</div> <div>Mandataire solidaire du groupement conjoint (4)</div>

* Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l'UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

** Prénom, nom et fonction.

MONTANT DE LA PROPOSITION

MONTANT HT :		€
TVA* :	20,0%	%
MONTANT TTC :		€
Durée / délai :	mois à compter de la notification du contrat	

* Indiquer le taux de TVA applicable si différent de celui prévu.

PRÉCISIONS SUR LA PROPOSITION (le cas échéant)

IDENTIFICATION DES COTRAITANTS EN CAS DE GROUPEMENT*

RAISON SOCIALE 1 :		RAISON SOCIALE 3 :	
SIRET** :		SIRET** :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
TELEPHONE :		TELEPHONE :	
COURRIEL :		COURRIEL :	
SIGNATURE (sauf pouvoir du mandataire) :		SIGNATURE (sauf pouvoir du mandataire) :	
PAR :		PAR :	
LE :		LE :	
RAISON SOCIALE 2 :		RAISON SOCIALE 4 :	
SIRET** :		SIRET** :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
TELEPHONE :		TELEPHONE :	
COURRIEL :		COURRIEL :	
SIGNATURE (sauf pouvoir du mandataire) :		SIGNATURE (sauf pouvoir du mandataire) :	
PAR :		PAR :	
LE :		LE :	

* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin.

** Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l'UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

IDENTIFICATION DES SOUS-TRAITANTS*

RAISON SOCIALE 1 :		RAISON SOCIALE 2 :	
SIRET** :		SIRET** :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
TELEPHONE :		TELEPHONE :	

COURRIEL :

COURRIEL :

* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin.

** Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l'UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

SOUS-TRAITANCE ENVISAGÉE NON DESIGNÉE

NATURE DES PRESTATIONS :	
MONTANT :	€ HT
Dont sous-traité aux PME :	€ HT

RÉPARTITION DE LA PROPOSITION PAR COCONTRACTANT*

FOURNISSEUR	NATURE DES PRESTATIONS	PART
		€ HT
		€ HT
		€ HT
		€ HT
		€ HT
		€ HT

* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin (nombres de fournisseurs).

CONDITIONS DE PAIEMENT

FOURNISSEUR	IBAN	COMPLEMENTS*

* Préciser notamment les particularités sur la TVA applicable au fournisseur, les conditions de paiement des sous-traitants si différentes de celles prévues au contrat.

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

PROPOSITION ÉTABLIE LE :	
REPRÉSENTANT LEGAL :	
SIGNATURE:	
Pour le compte du groupement (joindre les pouvoirs)	<div></div>
Pour le seul compte du mandataire du groupement	<div></div>

Ayant pris connaissance des pièces constitutives du contrat, s'engage ou engage le groupement, sans réserve, à exécuter les prestations objet du contrat conformément au cahier des charges.

DÉCISION DE L'ACHETEUR - OFFRE RETENUE

LA SOLUTION DE BASE :	
SIGNÉ LE :	
PAR :	