Une image contenant Police, capture d’écran, texte, Graphique

Description générée automatiquementUne image contenant texte, Police, Graphique, graphisme

Description générée automatiquement

**MAPA n°2024-029**

**Mise en sécurité du Centre Hospitalier d’AGEN NERAC,**

**Site Saint Esprit**

**Lot n°………………………….**

**Marché Public de prestation intellectuelle**

**Acte d’Engagement**

**SOMMAIRE**

[CHAPITRE 1 - Présentation de l’opération 3](#_Toc179789687)

[1.1. Maître d’ouvrage 3](#_Toc179789688)

[1.2. Pouvoir adjudicateur 3](#_Toc179789689)

[1.3. Objet du marché 3](#_Toc179789690)

[1.4. Mode de passation 3](#_Toc179789691)

[1.5. Concepteur / Maitre d’œuvre 3](#_Toc179789692)

[1.6. Ordonnateur 3](#_Toc179789693)

[1.7. Comptable public assignataire des paiements 3](#_Toc179789694)

[1.8. Adresse de facturation 3](#_Toc179789695)

[CHAPITRE 2 - CONTRACTANT 4](#_Toc179789696)

[CHAPITRE 3 - OFFRE DE PRIX 5](#_Toc179789697)

[CHAPITRE 4 - DELAIS D’EXECUTION 5](#_Toc179789698)

[4.1. Durée du marché 5](#_Toc179789699)

[4.2. Personnes en charge de l’exécution du marché 5](#_Toc179789700)

[CHAPITRE 5 - PAIEMENT 5](#_Toc179789701)

[CHAPITRE 6 - AVANCE 6](#_Toc179789702)

[CHAPITRE 7 - ENGAGEMENT DU CANDIDAT 6](#_Toc179789703)

[CHAPITRE 8 - ACCEPTATION DE L’OFFRE 7](#_Toc179789704)

[CHAPITRE 9 - DATE D’EFFET DU MARCHE 7](#_Toc179789705)

[ANNEXE N° 1 : Désignation des co-traitants et répartitions des prestations 8](#_Toc179789706)

# Présentation de l’opér**ation**

## Maître d’ouvrage

**Centre Hospitalier d’Agen-Nérac**

21, Route de Villeneuve

47 923 AGEN

## Pouvoir adjudicateur

**GHT Lot et Garonne**

**Direction des achats**

Centre hospitalier Agen-Nérac

Route de Villeneuve

47 923 AGEN CEDEX 9

## Objet du marché

Mise en sécurité du Centre Hospitalier d’AGEN NERAC, site Saint Esprit.

## Mode de passation

Il s'agit d'un marché de prestations intellectuelles au sens de la Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 modifiée passé en application **des articles** **R2123-1 et R2131-12** **du Code de la Commande publique (CCP).**

Il sera conclu par référence aux dispositions du Cahier des Clauses Administratives Générales - Prestations Intellectuelles (arrêté du 16/09/2009 portant approbation du Cahier des Clauses Administratives Générales applicables aux marchés publics de Prestations Intellectuelles).

## Concepteur / Maitre d’œuvre

La maîtrise d’œuvre sera assurée par le service Travaux intégré à l’établissement.

## Ordonnateur

**Monsieur le Directeur**

**Centre Hospitalier d’Agen-Nérac**

21, Route de Villeneuve

47 923 AGEN

## Comptable public assignataire des paiements

**Monsieur Le Trésorier des Etablissements Hospitaliers**

Cité administrative Lacuée

Bâtiment B

Rue Renée Bonnat

47921 AGEN CEDEX 9

## Adresse de facturation

**Centre Hospitalier Départemental La Candélie**

Direction des ressources matérielles

Route de Villeneuve

47 923 AGEN CEDEX 9

SIRET : 200 053 098 00014

Finess : 470016171

# CONTRACTANT

Nom, prénom, qualité et adresse professionnelle du signataire :

agissant pour mon propre compte ;

agissant en tant que suppléant ;

agissant pour le compte de la société :

agissant en tant que mandataire du groupement solidaire

agissant en tant que mandataire solidaire du groupement conjoint

agissant en tant que mandataire non solidaire du groupement conjoint

pour l’ensemble des prestataires groupés qui ont signé la lettre de candidature du ...../...../........

1. Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché indiquées à l’article «pièces contractuelles» du cahier des clauses particulières qui fait référence au CCAG-Prestations Intellectuelles et conformément à leurs clauses et stipulations ;
2. et après avoir fourni les pièces prévues au Règlement de la consultation,

**JE M’ENGAGE OU J’ENGAGE le groupement dont je suis mandataire**, sans réserve, conformément aux conditions, clauses et prescriptions imposées par le cahier des clauses administratives particulières, à exécuter les prestations qui me concernent, dans les conditions ci-après définies.

L’offre ainsi présentée ne nous lie toutefois que si son acceptation nous est notifiée dans un délai de **180 jours** à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

# OFFRE DE PRIX

L’ensemble des prestations sera rémunéré par application d’un prix global forfaitaire tel que décomposé dans l’annexe financière propre au lot concerné et égal à :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Montant H.T. | : ........................................................................................... | Euros |
| TVA (taux de .........%) | : ........................................................................................... | Euros |
| Montant T.T.C. | : ............................................................................................. | Euros |
| Soit en toutes lettres | : ............................................................................................................ | |
| ...................................................................….................................................................................... | | |

Aucune variante n’est autorisée et aucune prestation supplémentaire ou alternative n’est prévue.

# DELAIS D’EXECUTION

## Durée du marché

La durée du marché et les délais de réalisation des prestations sont définis au C.C.P.

## Personnes en charge de l’exécution du marché

Les responsables techniques qualifiés, chargés de l’exécution de la mission, interlocuteurs quotidiens du conducteur d’opération, du maître d’ouvrage et des intervenants de l’opération pendant toute la mission, sont :

* ………………………………………………………………, interlocuteur référent du conducteur d’opération
* ………………………………………………………………
* ………………………………………………………………
* ………………………………………………………………
* ………………………………………………………………

# PAIEMENT

Le maître de l’ouvrage se libèrera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes ci-après selon les répartitions indiquées ci-avant :

* *Ouvert au nom de :*

pour les prestations suivantes :

Etablissement : ………………………………………………………………

Numéro de compte : Clé :……………….

Code banque : Code guichet :

* *Ouvert au nom de :*

pour les prestations suivantes :

Etablissement : ………………………………………………………………

Numéro de compte : Clé :……………….

Code banque : Code guichet :

**Joindre un RIB**

* En cas de groupement solidaire, le paiement est effectué sur[[1]](#footnote-1) :

un compte unique ouvert au nom des membres du groupement ou du mandataire;

les comptes de chacun des membres du groupement suivant les répartitions indiquées en annexe du présent document.

**NB :** Si aucune case n’est cochée, ou si les deux cases sont cochées, le pouvoir adjudicateur considérera que seules les dispositions du C.C.P. s’appliquent.

# AVANCE

Conformément au C.C.P.  la ou les entreprises ci-après désignées

refusent de percevoir l’avance

acceptent de percevoir l’avance

**NB :** Si aucune case n’est cochée, ou si les deux cases sont cochées, le pouvoir adjudicateur considérera que l’entreprise renonce au bénéfice de l’avance.

J’affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation du marché à mes (nos) torts exclusifs que la (les) société(s) pour laquelle (lesquelles) j’interviens (nous intervenons) ne tombe(nt) pas sous le coup des interdictions découlant des articles 45 à 50 de l’Ordonnance nº2015-899 du 23 juillet 2015.

# ENGAGEMENT DU CANDIDAT

|  |  |
| --- | --- |
| *Fait en un seul original* | **Signature du candidat** |
| A | *Porter la mention manuscrite Lu et approuvé* |
| Le |  |

# ACCEPTATION DE L’OFFRE

*Est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement*

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant HT** |  |
| **T.V.A. à 20%** |  |
| **Total TTC** |  |
| **En toutes lettres montant TTC** |  |
| **Signature du représentant du pouvoir adjudicateur** | A AGEN, le  **Jean-François VINET**  Le Directeur du Centre Hospitalier Agen-Nérac |

# DATE D’EFFET DU MARCHE

Reçu l’avis de réception postal de la notification du marché signé.

Le .......................................... par le titulaire destinataire.

# ANNEXE N° 1 : Désignation des co-traitants et répartitions des prestations

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Désignation de l’entreprise* | *Prestations concernées* | *Montant H.T.* | *Taux T.V.A.* | *Montant T.T.C.* |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
|  | *Totaux* |  |  |  |

1. Cocher la case correspondant à votre situation [↑](#footnote-ref-1)