

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT** |

**MARCHÉ PUBLIC DE CONTRÔLE TECHNIQUE**

|  |
| --- |
| **Marché prestations intellectuelles CTC SPS CSSI Offre médicosocial GHT Nord Yonne** |

Cadre réservé à l'acheteur

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRAT N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTIFIE LE** |  | ....... ....... / ....... ....... / ....... ....... ....... ....... |

**Centre Hospitalier de Sens**

1 AVENUE PIERRE DE COUBERTIN

BP 108

89108 SENS Cedex

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L'ESSENTIEL DE L'ACTE D'ENGAGEMENT | | |
|  | **Objet** | Marché prestations intellectuelles CTC SPS CSSI Offre médicosocial GHT Nord Yonne |
|  | **Mode de passation** | Appel d'offres ouvert |
|  | **Type de contrat** | Marché public |
|  | **Prix** | Prix global forfaitaire |
|  | **Variantes** | Défini par lot |
|  | **PSE** | Sans |
|  | **Avance** | Sans |
|  | **Clause sociale** | Sans |
|  | **Clauses environnementales** | Sans |

**SOMMAIRE**

[1 - Préambule : Liste des lots 4](#_Toc256000000)

[2 - Identification de l'acheteur 5](#_Toc256000001)

[3 - Identification du co-contractant 5](#_Toc256000002)

[4 - Dispositions générales 7](#_Toc256000003)

[4.1 - Objet 7](#_Toc256000004)

[4.2 - Mode de passation 7](#_Toc256000005)

[4.3 - Forme de contrat 7](#_Toc256000006)

[5 - Prix 7](#_Toc256000007)

[6 - Durée et Délais d'exécution 7](#_Toc256000008)

[7 - Paiement 9](#_Toc256000009)

[8 - Nomenclature(s) 10](#_Toc256000010)

[9 - Signature 10](#_Toc256000011)

[ANNEXE N° 1 : INFORMATIONS RELATIVES À L'OUVRAGE 13](#_Toc256000012)

[ANNEXE N° 2 : TABLEAUX DES TEMPS D'INTERVENTION ET RÉPARTITION DES HONORAIRES PAR PHASES DE MISSION 15](#_Toc256000013)

[ANNEXE N° 3 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS 17](#_Toc256000014)

# 1 - Préambule : Liste des lots

|  |  |
| --- | --- |
| Lot(s) | Désignation |
| 01 | MISSION DE CONTROLE TECHNIQUE (CTC)  MISSION DE CONTROLE TECHNIQUE (CTC) |
| 02 | MISSION DE COORDINATION SECURITE ET PROTECTION DE LA SANTE (CSPS)  MISSION DE COORDINATION SECURITE ET PROTECTION DE LA SANTE (CSPS) |
| 03 | MISSION DE COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE INCENDIE (CSSI)  MISSION DE COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE INCENDIE (CSSI) |

# 2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : Centre Hospitalier de Sens

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances :

Ordonnateur : Madame Véronique ROBIN, Directrice Générale

Comptable assignataire des paiements : Monsieur PAYEUR TRESORIER, Le Trésorier Payeur,

La maîtrise d'œuvre sera assurée par le maître de l'ouvrage lui-même.

# 3 - Identification du co-contractant

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché indiquées à l'article "pièces contractuelles" du Cahier des clauses administratives particulières qui fait référence au CCAG - Prestations Intellectuelles et conformément à leurs clauses et stipulations ;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Le signataire (Candidat individuel), |

|  |  |
| --- | --- |
| M / Mme |  |
| Agissant en qualité de |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | m'engage sur la base de mon offre et pour mon propre compte ; |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom commercial et dénomination sociale |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | engage la société ..................................... sur la base de son offre ; |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom commercial et dénomination sociale |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Le mandataire (Candidat groupé), |

|  |  |
| --- | --- |
| M / Mme |  |
| Agissant en qualité de |  |

désigné mandataire :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | du groupement solidaire |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | solidaire du groupement conjoint |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | non solidaire du groupement conjoint |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom commercial et dénomination sociale |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

S'engage, au nom des membres du groupement 1, sur la base de l'offre du groupement,

à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après ;

L'offre ainsi présentée n'est valable toutefois que si la décision d'attribution intervient dans un délai de 120 jours à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

# 4 - Dispositions générales

## 4.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :

Marché prestations intellectuelles CTC SPS CSSI Offre médicosocial GHT Nord Yonne

Marché prestations intellectuelles CTC SPS CSSI Offre médicosocial GHT Nord Yonne

Les prestations définies au CCAP sont réparties en 3 lots.

## 4.2 - Mode de passation

La procédure de passation est : l'appel d'offres ouvert. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2124-2, R. 2124-2 1° et R. 2161-2 à R. 2161-5 du Code de la commande publique.

## 4.3 - Forme de contrat

Il s'agit d'un marché ordinaire.

# 5 - Prix

Les prestations seront rémunérées par application du prix global forfaitaire suivant :

**pour la solution de base :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant de l'offre par lot | | | | | |
| Lot(s) | Désignation | Montant HT | Montant TVA | Montant TTC | Soit en toutes lettres TTC |
| 01 | CTC | ................ | ................ | ................ | .......................................... |
| 02 | CSPS | ................ | ................ | ................ | .......................................... |
| 03 | CSSI | ................ | ................ | ................ | .......................................... |

**pour la variante proposée numéro : .........** 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant HT | : |  | ................................................................ | Euros |
| TVA (taux de ..........%) | : |  | ................................................................ | Euros |
| Montant TTC | : |  | ................................................................ | Euros |
| Soit en toutes lettres | : |  | .................................................................................. | |

..............................................................................................................

# 6 - Durée et Délais d'exécution

La durée prévisionnelle d'exécution des prestations, propre à chaque lot, est de :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lot(s) | Délai | Date de début | Date de fin | Précisions |
| 01 | 5 ans | 01/01/2025 | 01/01/2030 |  |
| 02 | 5 ans | 01/01/2025 | 02/01/2030 |  |
| 03 | 5 ans | 01/01/2025 | 02/01/2030 |  |

La durée prévisionnelle débutera à compter de la date fixée dans le CCAP.

# 7 - Paiement

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des prestations en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire du compte |  |
| Prestations concernées |  |
| Domiciliation |  |
| Code banque |  |
| Code guichet |  |
| N° de compte |  |
| Clé RIB |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire du compte |  |
| Prestations concernées |  |
| Domiciliation |  |
| Code banque |  |
| Code guichet |  |
| N° de compte |  |
| Clé RIB |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |

En cas de groupement, le paiement est effectué sur 1 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | un compte unique ouvert au nom du mandataire ; |

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

**Nota :**Si aucune case n'est cochée, ou si les deux cases sont cochées, le pouvoir adjudicateur considérera que seules les dispositions du CCAP s'appliquent.

# 8 - Nomenclature(s)

La classification conforme au vocabulaire commun des marchés européens (CPV) est :

|  |  |
| --- | --- |
| Code principal | Description |
| 71317000-3 | Services de conseil en protection et contrôle des risques |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lot(s) | Code principal | Description |
| 01 | 71631300-3 | Services de contrôle technique de bâtiments |
| 02 | 71317200-5 | Services de santé et de sécurité |
| 03 | 71317100-4 | Services de conseil en protection et contrôle en matière d'incendie et d'explosion |

# 9 - Signature

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

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 L. 2141-1 à L. 2141-14 du Code de la commande publique.

(Ne pas compléter dans le cas d'un dépôt signé électroniquement)

Fait en un seul original

A .............................................

Le .............................................

Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement 1

**ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE POUVOIR ADJUDICATEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant de l'offre par lot | | | | | |
| Offre  retenue | Lot(s) | Désignation | Montant  HT | Montant  TVA | Montant  TTC |
|  | 01 | CTC | ................ | ................ | ................ |
|  | 02 | CSPS | ................ | ................ | ................ |
|  | 03 | CSSI | ................ | ................ | ................ |

Variante(s) acceptée(s) :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

La présente offre est acceptée

A .............................................

Le .............................................

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

**NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES**

Copie délivrée en unique exemplaire pour être remise à l'établissement de crédit en cas de cession ou de nantissement de créance de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La totalité du marché dont le montant est de (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La totalité du bon de commande n° ........ afférent au marché (indiquer le montant en chiffres et lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La partie des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct, est évaluée à (indiquer en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La partie des prestations évaluée à (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

et devant être exécutée par : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . en qualité de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | membre d'un groupement d'entreprise |
|  |  | sous-traitant |

A . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Le . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Signature** 1

# ANNEXE N° 1 : INFORMATIONS RELATIVES À L'OUVRAGE

Les éléments d'information nécessaires pour le titulaire sont établis par le maître de l'ouvrage selon le cadre ci-après.

**Opération de Bâtiment**

Autres intervenants connus :

**Description de l'opération :**

Objet et lieu :

Marché prestations intellectuelles CTC SPS CSSI Offre médicosocial GHT Nord Yonne

Centre Hospitalier de Sens

Nombre de bâtiments :

Nombre de logements :

Nombre de niveaux de sous-sols :

Surface de plancher (art. R112-2 du Code Urba) :

Nombre d'ascenseurs :

Nombre d'étages sur RdC :

Nombre de niveaux de parking aériens :

Nombre de niveaux de parking souterrains :

**Désignation des ouvrages :**

Accession à la propriété

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Usage locatif |
|  |  | Usage propre |

**Usage :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Habitation |
|  |  | Bureaux |
|  |  | IGH |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Commerce |
|  |  | Industrie |
|  |  | ERP |

précisions (type, catégorie et effectif) :

.............................................................................................................................

**Nature des travaux :**

Travaux sur existants

Etudes de diagnostic

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | OUI |
|  |  | NON |

Technique innovante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | OUI |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | NON |

Ouvrages de caractère exceptionnel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | OUI |
|  |  | NON |

Etudes de sol

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | OUI |
|  |  | NON |

Travaux de VRD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | OUI |
|  |  | NON |

**Dates prévisionnelles :**

Déclaration d'ouverture de chantier :

Début des travaux :

Fin de travaux :

**Coût prévisionnel TTC des travaux :**

y compris VRD : ................................. TTC

hors VRD : ....................................... TTC

Fait à ............................................ le .....................

Cachet et signature du maître de l'ouvrage

# ANNEXE N° 2 : TABLEAUX DES TEMPS D'INTERVENTION ET RÉPARTITION DES HONORAIRES PAR PHASES DE MISSION

Objet du marché : Marché prestations intellectuelles CTC SPS CSSI Offre médicosocial GHT Nord Yonne

**Tableau 1: Décomposition du temps prévisionnel d'intervention (jours)**

Pour le lot n°01 - MISSION DE CONTROLE TECHNIQUE (CTC)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phase | Spécialiste | Ingénieur | Technicien | Total |
| P1 - Analyse des offres dans le cadre de la procédure de consultation de maitrise d’œuvre |  |  |  |  |
| P2 - Phase de conception |  |  |  |  |
| P3 - Phase d’Exécution |  |  |  |  |
| P4 - Phase de garantie de parfait achèvement |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

Pour le lot n°02 - MISSION DE COORDINATION SECURITE ET PROTECTION DE LA SANTE (CSPS)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phase | Spécialiste | Ingénieur | Technicien | Total |
| P1 - Analyse des offres dans le cadre de la procédure de consultation de maitrise d’œuvre |  |  |  |  |
| P2 - Phase de Conception |  |  |  |  |
| P3 - Phase d’Exécution |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

Pour le lot n°03 - MISSION DE COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE INCENDIE (CSSI)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phase | Spécialiste | Ingénieur | Technicien | Total |
| P1 - PHASE DE CONCEPTION |  |  |  |  |
| P2 - PHASE D’EXECUTION |  |  |  |  |
| P3 - PHASE RECEPTION |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

**Tableau 2: Décomposition du prix**

Pour le lot n°01 - MISSION DE CONTROLE TECHNIQUE (CTC)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phase | Spécialiste | Ingénieur | Technicien | Total |
| P1 - Analyse des offres dans le cadre de la procédure de consultation de maitrise d’œuvre |  |  |  |  |
| P2 - Phase de conception |  |  |  |  |
| P3 - Phase d’Exécution |  |  |  |  |
| P4 - Phase de garantie de parfait achèvement |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

Pour le lot n°02 - MISSION DE COORDINATION SECURITE ET PROTECTION DE LA SANTE (CSPS)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phase | Spécialiste | Ingénieur | Technicien | Total |
| P1 - Analyse des offres dans le cadre de la procédure de consultation de maitrise d’œuvre |  |  |  |  |
| P2 - Phase de Conception |  |  |  |  |
| P3 - Phase d’Exécution |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

Pour le lot n°03 - MISSION DE COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE INCENDIE (CSSI)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phase | Spécialiste | Ingénieur | Technicien | Total |
| P1 - PHASE DE CONCEPTION |  |  |  |  |
| P2 - PHASE D’EXECUTION |  |  |  |  |
| P3 - PHASE RECEPTION |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

# ANNEXE N° 3 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Désignation de l'entreprise | Prestations concernées | Montant HT | Taux  TVA | Montant TTC |
| 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 : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
|  | Totaux |  |  |  |