|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie  Secrétariat Général | **MARCHÉ PUBLIC**  ACCORD-CADRE DE SERVICES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Prestations de médecine du travail et de prévention pour l'ARS Normandie |

|  |
| --- |
| **Acte d’engagement (AE)** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consultation n°2025-04  Contrat n°2025-04 |
|  | Lot n°3 : SAINT LO |

**■** IDENTIFICATION DU CONTRAT

|  |  |
| --- | --- |
| OBJET DU CONTRAT : | **Prestations de médecine du travail et de prévention pour l'ARS Normandie** (2025-04 - 5 lots)  **Lot n°3 : SAINT LO** |
| ACHETEUR : | Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie  Secrétariat Général |
| PERSONNE HABILITÉE : | François MENGIN-LECREULX Directeur Général |
| ADRESSE : | ARS Normandie  Espace Claude Monet  2, Place Jean Nouzille  14050 Caen Cedex 4  Téléphone : 02 31 70 96 96  Courriel : ars-normandie-achats@ars.sante.fr  Site internet : https://www.normandie.ars.sante.fr/ |
| TYPE DE CONTRAT : | Accord-cadre à bons de commande sans minimum et avec maximum mono-attributaire de services passé en Procédure adaptée ouverte (Article R2123-1 3° - Services sociaux et autres services spécifiques - Code de la commande publique) |
| NOMENCLATURE ACHAT : | 43.01.01 |
|  |  |

**■** IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAISON SOCIALE :** |  | |
| SIRET\* : |  | |
| REPRESENTÉ PAR\*\* : |  | |
| ADRESSE : |  | |
| TÉLÉPHONE : |  | |
| **COURRIEL (obligatoire) :** |  | |
| AGISSANT EN TANT QUE : | *Titulaire (1) - Mandataire du groupement solidaire (2)*  *Mandataire du groupement conjoint (3)*  *Mandataire solidaire du groupement conjoint (4)* |  |
|  |
| SIRET DEPOSANT CHORUS PRO (si différent) : |  | |
| ADRESSE SERVICE FACTURATION (si différente) : |  | |

\* 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.

**■** 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 : |  |
| FORME JURIDIQUE : |  | FORME JURIDIQUE : |  |
| REPRESENTÉ PAR : |  | REPRESENTÉ PAR : |  |
| VARIATION DES PRIX : |  | VARIATION DES PRIX : |  |
|  |  |

\* 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.

**■** MONTANT DU CONTRAT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MONTANT MAXIMUM : | 15 000,00 | **€ HT** |
| Date d’établissement des prix : | Mois de remise des offres | |
| Durée : | 36 mois à compter du 1er mai 2025 | |

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

**■** SOUS-TRAITANCE ENVISAGÉE NON DESIGNÉE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NATURE DES PRESTATIONS : |  | | |
| MONTANT : | % | Dont PME : | % |

**■** RÉPARTITION DE LA PROPOSITION PAR COTRAITANTS ET SOUS-TRAITANTS\*

| FOURNISSEUR | NATURE DES PRESTATIONS | PART |
| --- | --- | --- |
|  |  | % |
|  |  | % |
|  |  | % |
|  |  | % |
|  |  | % |

\* 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)* |  | Pour le seul compte du mandataire du groupement |  |
| 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 : |  |
|  | NOTIFIÉ LE : |  |

**■** CESSION OU NANTISSEMENT DE CREANCE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Le montant maximal de la créance que je peux (nous pouvons) présenter en nantissement est de : | | | | € TTC | | |
| Copie délivrée en exemplaire unique pour être remise à l'établissement de crédit ou au bénéficiaire de la cession ou du nantissement de droit commun : | | | | Signé le  Par | | |
| 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 : | | | | | | |
| Le |  | Montant | € TTC | | Signature |  |
| Le |  | Montant | € TTC | | Signature |  |
| Le |  | Montant | € TTC | | Signature |  |