**ACTE D'ENGAGEMENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° Marché** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° nomenclature** | **0** | **8** | **1** | **1** | **0** | **0** |

**MARCHE PUBLIC DE SERVICE**

**MAITRE DE L'OUVRAGE :** ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS

**ETABLISSEMENT :** Groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université

OPERATION : Exploitation, Maintenance et Entretien Multi technique des Installations de l’INSERM de l’Hôpital Tenon du groupe hospitalo-universitaire AP. HP SORBONNE UNIVERSITE

**LOT  : UNIQUE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date d’effet du marché : | | |
| Montant minimum du marché (part forfaitaire) : |  |  |
| Montant maximum du marché (part forfaitaire + part à bons de commande) : |  |  |
| IMPUTATIONS : | CLASSE 6 | CLASSE 2 |
| COMPTES : | **6152** | 213518 |

Marché mixte à prix forfaitaire et à prix unitaire, passé sur Appel d’Offres Ouvert en application des articles R.2124-1, R.2124-2, R2161-2 à R.2161-5 du code de la commande publique et issu de la consultation   
n° AP-HP.SU 24-057 du 16/12/2024

Personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R.2191-46 à R.2196-62 du code de la commande publique.

Madame la Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Sorbonne Université ou son subdélégataire dûment habilité

Signataire du marché : Madame Christine WELTY, Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université ayant reçu délégation du Directeur Général de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris par arrêté directorial n°75-2022-07-08-00005 du 08/07/2022 ou son subdélégataire Madame Pauline MAISANI, Adjointe à la Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université, Directrice du site Pitié-Salpêtrière ou Monsieur Aurélien MOLLARD, Secrétaire Général du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université, Directeur des sites Armand Trousseau et La Roche Guyon par arrêté directorial n°75-2022-07-11-00005 du 11/07/2022.

**Comptable public assignataire des paiements** : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

**ARTICLE 1 : PRESTATAIRE**

Je soussigné.[[1]](#footnote-1)

Fonction :

Agissant au nom et pour le compte de la société : [[2]](#footnote-2)

Mandataire du groupement solidaire/conjoint\* :

(\*rayer la mention inutile)

Au capital de :

A dupliquer pour chaque membre du groupement

Dont le siège est : [[3]](#footnote-3)

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopie :

Email :

**Immatriculé à l'INSEE :**

Numéro d’identité d’établissement (SIRET)

Code d'activité économique principale (APE)

###### Numéro d'inscription :

Au registre de commerce des sociétés[[4]](#footnote-4)

Au répertoire des métiers

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières (15 pages), du Cahier des Clauses Techniques Particulières (59 pages) et des documents qui y sont mentionnés, et après avoir établi les déclarations prévues aux articles R.2142-3 à R.2142-4, R.2143-4, R.2143-5, R.2143-6 à R.2143-10 et R.2143-11 à R.2143-12 du code de la commande publique, dans la cadre de la présente consultation N° AP-HP.SU 24-057 du 16/12/2024

1. M’engage, sans réserve, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus à exécuter les prestations désignées au marché, aux prix et conditions indiqués dans l’annexe financière jointe. Le prix du marché est réputé établi sur la base des conditions économiques du mois de   
   janvier 2024 ce mois est appelé « mois zéro » (Mo).
2. Déclare que :

* les prestations seront exécutées pour le compte du GH AP-HP SU.
* mes prix seront conformes aux dispositions de l’article n°4 du Cahier des Clauses Administratives Particulières.

L'offre, ainsi présentée ne me lie toutefois que si son acceptation m'est notifiée dans le délai de 180 jours (6 mois) à compter de la date de remise des offres.

**ARTICLE 2 : PRIX**

**2-1** Les modalités de révision ou d'actualisation des prix sont fixées au C.C.A.P.

**2-2 PRESTATIONS - PART FORFAITAIRE**

Les prestations seront rémunérées par application d'un prix global et forfaitaire.

**Redevance annuelle des prestations de type P2 (Conduite, surveillance, entretien, maintenance et dépannage, astreintes) et P3 (Travaux obligatoires)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lot unique** | **HT en €** | **TVA 20 %** | **TTC en €** |
|  |  |
| Prestations « P2 » |  |  |  |
| Prestations « P3 » |  |  |  |
| Total P2 + P3 |  |  |  |

Montant total HT arrêté en lettres : …………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………

**Redevance sur la durée du marché (48 mois) des prestations de type P2 (Conduite, surveillance, entretien, maintenance et dépannage, astreintes) et P3 (Modernisation des installations))**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lot unique** | **HT en €** | **TVA 20 %** | **TTC en €** |
|  |  |
| Prestations « P2 » |  |  |  |
| Prestations « P3 » |  |  |  |
| Total P2 + P3 |  |  |  |

Montant total HT arrêté en lettres : …………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………

**2-3 PRESTATIONS A PRIX UNITAIRES - PART A BONS DE COMMANDE**

**Interventions hors garantie totale P2+P3**

Les prestations « hors forfait » seront rémunérées par application des prix unitaires figurant au BPU, pour un montant maximum de : 600 000 € HT sur la durée du marché.

Coefficient de majoration sur le prix d’achat des pièces de rechange non prévues dans le bordereau de prix :

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les fournitures dont le montant compris entre 0 et 1500 €HT | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |
| Pour les fournitures dont le montant compris entre 1501 et 5000 €HT | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| Pour les fournitures dont le montant supérieur à 5 001 €HT | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

**2-4 MONTANT MAXIMUM SUR LA DUREE DU MARCHE**

Ce montant comprend la part forfaitaire et la part à bons de commande.

**2-5 MOIS D'ETABLISSEMENT DES PRIX DU MARCHE**

Le prix du marché est réputé établi sur la base des conditions économiques du mois de Janvier 2025 ce mois est appelé « mois zéro » (Mo).**.** Ce mois est appelé "Mois zéro" (Mo).

**2-5 a)** Les annexes au présent acte d'engagement indiquent la nature et le montant des prestations que j'envisage de faire exécuter par des sous-traitants payés directement, le nom de ces sous-traitants et les conditions de paiement des contrats de sous-traitance; le montant des prestations sous traitées indiqué dans chaque annexes constitue le montant maximal, non révisable ni actualisable, de la créance que le sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement.

Chaque annexe constitue une demande d'acceptation du sous-traitant concerné et d'agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance, demande qui est réputée prendre effet à la date de notification du marché; cette notification est réputée emporter acceptation du sous-traitant et agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance.

Le montant total TVA incluse des prestations que j'envisage de sous-traiter conformément à ces annexes est de :

................................................………………………………………………………….................

....................................................................................................... Euros (en lettres).

**2-5 b)** En outre le tableau ci-après indique la nature et le montant des prestations que j'envisage de faire exécuter par des sous-traitants payés directement après avoir demandé en cours de travaux leur acceptation à la personne responsable du marché; les sommes figurant à ce tableau correspondent au montant maximal, non révisable ni actualisable, de la créance que le sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement.

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DE LA PRESTATION** | **MONTANT T.V.A. INCLUSE** |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL** |  |

**2-5 c)** Le montant maximal TVA incluse de la créance que je pourrai présenter en nantissement est de :.......…………………………….........Euros, (en lettres).

**ARTICLE 3 : DELAIS**

Le marché est conclu pour une durée de 48 mois **à compter du 7 mars 2025.** Toutefois, si la notification devait avoir lieu postérieurement à la date de démarrage indiquée, celui-ci débuterait à la date de notification pour une durée de 48 mois.

Si le montant maximum du marché est atteint, il sera résilié de plein droit et sans aucune indemnité.

**ARTICLE 4 : PAIEMENTS**

Le maître d'ouvrage se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant du crédit du compte ouvert :

Au nom de :

A la banque[[5]](#footnote-5) :

Compte n° :

Code banque :

Code Guichet :

Code RIB :

Toutefois le maître de l'ouvrage se libérera des sommes dues aux sous-traitants payés directement en en faisant porter les montants au crédit des comptes désignés dans les annexes, les actes modificatifs ou les actes spéciaux

**ARTICLE 5 : AVANCE**

Je renonce au bénéfice de l'avance :  NON  OUI

(Cocher la case correspondante.)

Fait en un seul original

A

Le

Signature électronique obligatoire

**PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION**

**VISAS**

**Intitulé du marché :** Exploitation, Maintenance et Entretien Multi technique des Installations de l’INSERM de l’Hôpital Tenon du groupe hospitalo-universitaire AP. HP SORBONNE UNIVERSITE

**Entreprise attributaire du marché :**

**Code Fournisseur :**

**Exercices :** 2025-2026-2027-2028-2029

**Code CPV :**

Est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement, pour l’exploitation, Maintenance et Entretien Multi technique des Installations de l’INSERM de l’Hôpital Tenon du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université pour le montant du marché pour une durée de 48 mois à compter de la date de notification :

Montant minimum (part forfaitaire) :

Montant maximum (part forfaitaire + part à bons de commande) :

Si elle est établie dans un autre Etat membre de l’Union Européenne, la société titulaire devra impérativement faire figurer, sur chaque facture, le numéro individuel d’identification pour les opérations intracommunautaires de l’AP-HP : **FR95267500452**. Il est également obligatoire de faire référence à l’article 21 I-a de la 6ème Directive TVA (ou autre texte local dérivé de cette directive) sur la facture.

A Paris, le : A Paris, le :

Le Contrôleur Financier

Pour le Directeur Général de l’AP-HP et par délégation, Madame Christine WELTY, Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université ou son subdélégataire Mme Pauline MAISANI, Adjointe à la Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université, Directrice du site Pitié-Salpêtrière ou Monsieur Aurélien MOLLARD, Secrétaire Général du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université, Directeur des sites Trousseau - La Roche Guyon du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université

Notification du marché le :

Date d’effet du marché : du …/…/… au …/…/…

**REPARTITION DES PRESTATIONS ET DES PAIEMENTS ENTRE LES MEMBRES DU GROUPEMENT**

Les contractants solidaires s’engagent financièrement pour la totalité des prestations visées au présent marché.

*Ou*

Les contractants conjoints précisent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’eux s’engage à réaliser :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Membre du Groupement* | *Prestations assurées* | *Montant\** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Pour les accords-cadres et les accords-cadres à bons de commande, l’acte d’engagement peut n’indiquer que la répartition des prestations.

**CADRE POUR FORMULE DE NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES**

Copie conforme à l’original du présent acte d’engagement délivrée en UN EXEMPLAIRE UNIQUE pour servir et faire valoir ce que droit dans le cadre du nantissement de créance pour le :

Le montant global du marché, soit

Une partie du marché à hauteur de

A , le

Le représentant légal de l’hôpital

**ANNEXE A L’ACTE D’ENGAGEMENT EN CAS DE SOUS TRAITANCE**

Demande d’acceptation d’un sous-traitant et d’agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance

Marché

Titulaire

Objet

**PRESTATIONS SOUS - TRAITEES**

Nature

Montant T.V.A. comprise

**SOUS-TRAITANT**

Nom, raison ou dénomination sociale

Entreprise individuelle ou forme juridique de la société

Numéro d’identité d’établissement (SIRET)

Numéro d’inscription au registre du commerce ou au répertoire des métiers

Adresse

compte à créditer (établissement de crédit, agence ou centre, numéro de compte)

**CONDITIONS DE PAIEMENT DU CONTRAT DE SOUS-TRAITANCE**

Modalités de calcul et de versements des avances et des acomptes

Date (ou mois) d’établissement des prix

Modalité de révision de prix

Stipulations relatives aux délais, pénalités, primes, réfactions et retenues diverses (cf. CCAP)

Personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R.2191-46 à R.2196-62 du code de la commande publique

**COMPTABLE ASSIGNATAIRE DES PAIEMENTS : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’Assistance Publique - Hôpitaux de Paris**

Le Titulaire Le sous-traitant

**.......................................................... ........................................................................**

1. *Nom et prénom* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Intitulé complet et forme juridique de la société* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Adresse complète et n° de téléphone* [↑](#footnote-ref-3)
4. Rayer la mention inutile [↑](#footnote-ref-4)
5. *Indiquer l'intitulé en toutes lettres de l'établissement où est ouvert le compte et l'adresse de cet établissement* [↑](#footnote-ref-5)