



MARCHE PUBLIC DE FOURNITURES

ACHETEUR PUBLIC : AGENCE DE SANTE DE WALLIS ET FUTUNA

ACTE D'ENGAGEMENT

A.E

-

Lot n°1 : Véhicules ADS pour Wallis

NUMERO DE CONSULTATION : 2024-ADSWF-02

OBJET DE LA CONSULTATION : ACHAT DE VEHICULES NEUFS POUR L'AGENCE DE SANTE DE WALLIS ET FUTUNA

PROCEDURE DE PASSATION : APPEL D'OFFRES OUVERT EN VERTU DES DISPOSITIONS DES ARTICLES L.2124-2, R.2124-1 A R.2124-2 DU CODE DE LA COMMANDE PUBLIQUE 2019. IL SUIT LES DISPOSITIONS DES ARTICLES R.2162-1 A R.2162-14 DU CODE DE LA COMMANDE PUBLIQUE 2019 RELATIF AUX ACCORDS-CADRES.

SOMMAIRE

ARTICLE 1.	CONTRACTANT	4
ARTICLE 2.	OFFRE DE PRIX	6
ARTICLE 3.	SOUS TRAITANCE	6
ARTICLE 4.	PAIEMENTS.....	6
ARTICLE 5.	NOMENCLATURE COMMUNAUTAIRE	7
ARTICLE 6.	SIGNATURES	7

POUVOIR ADJUDICATEUR

AGENCE DE SANTE DE WALLIS ET FUTUNA
BP 4G - 98600 UVEA

OBJET DU MARCHÉ

ACHAT DE VEHICULES NEUFS POUR L'AGENCE DE SANTE DE WALLIS ET FUTUNA
Lot n°1 : Véhicules ADS pour Wallis

CONSULTATION

Marché passé en vertu des dispositions des articles L.2124-2, R.2124-1 à R.2124-2 du code de la commande publique 2019. Il suit les dispositions des articles R.2162-1 à R.2162-14 du code de la commande publique 2019 relatif aux accords-cadres.

Personne apte à représenter le pouvoir adjudicateur

Monsieur le Directeur de l'Agence de Santé de Wallis et Futuna

Personne habilité à donner des renseignements

Monsieur le Directeur de l'Agence de Santé de Wallis et Futuna

Ordonnateur des paiements

Monsieur le Directeur de l'Agence de Santé de Wallis et Futuna

Comptable assignataire des paiements

Monsieur le Comptable public assignataire de l'Agence de Santé de Wallis et Futuna

ARTICLE 1. CONTRACTANT

a - Pour les entreprises individuelles :

Je soussigné (nom, prénoms) :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Numéro d'identification S.I.R.E.T. (2) :

Numéro d'inscription au registre de commerce (1) (2) :

ou au répertoire des métiers :

b - Pour les sociétés :

Je soussigné :

Agissant au nom et pour le compte de :

Forme juridique (SA, SARL...) :

Au capital de :

Adresse du siège social :

.....

Numéro de téléphone :

Numéro d'identification S.I.R.E.T. (1) :

Numéro d'inscription au registre de commerce (1) (2) :

ou au répertoire des métiers :

(1) Pour les entreprises ou sociétés établies en France

(2) Pour les entreprises étrangères, numéro et date d'inscription au registre équivalent

c - Pour les groupements :

Nous soussignés :

M.....

agissant en mon nom personnel, **premier contractant**

domicilié à :

Agissant au nom et pour le compte de la société :

Numéro d'identification S.I.R.E.T. (1) :

Numéro d'inscription au registre du commerce (1) (2) :

M.....

agissant en mon nom personnel, **deuxième contractant**

domicilié à :

Agissant au nom et pour le compte de la société :

Numéro d'identification S.I.R.E.T. (1) :

Numéro d'inscription au registre du commerce (1) (2) :

M.....

agissant en mon nom personnel, **troisième contractant**

domicilié à :

Agissant au nom et pour le compte de la société :

Numéro d'identification S.I.R.E.T. (1) :

Numéro d'inscription au registre du commerce (1) (2) :

Contractants suivants :

.....

M.....

est le mandataire solidaire des contractants ci-dessus groupés.

(1) Pour les entreprises ou sociétés établies en France

(2) Pour les entreprises étrangères, numéro et date d'inscription au registre équivalent

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP), qui fait référence au CCAG-FCS 2021, et des documents qui y sont mentionnés :

- M'engage (nous engageons), conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées dans les conditions qui suivent.

L'offre ainsi présentée ne me (nous) lie toutefois que si son acceptation m'(nous) est notifiée dans un délai de **120** (cent vingt) jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par le Règlement de la Consultation.

ARTICLE 2. OFFRE DE PRIX

Les prestations seront rémunérées par application aux quantités réellement exécutées des prix du bordereau propre au présent marché.

Le montant total des commandes pour la durée initiale, et pour chaque période de reconduction sera compris entre :

- **Montant minimum : 0 € TTC**
- **Montant maximum : 800.000€ TTC**

Les prix du BPU englobent tous les frais afférents jusqu'à la livraison au lieu déterminé sur le bon de commande du véhicule.

Les taxes telles que la TVA et la TGC ne sont pas applicables sur le Territoire de Wallis et Futuna.

ARTICLE 3. SOUS TRAITANCE

En marché de fournitures, la sous-traitance est interdite.

ARTICLE 4. PAIEMENTS

L'Agence de Santé des Îles Wallis et Futuna se libèrera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit :

1^{er} CONTRACTANT

- Compte ouvert au nom de
- Sous le numéro Clé RIB
.....
- Banque
- Code banque Code guichet

☐ J'accepte de percevoir l'avance forfaitaire à laquelle je peux éventuellement prétendre.

☐ Je refuse de percevoir l'avance forfaitaire à laquelle je peux éventuellement prétendre.

Si aucune de deux cases n'est cochée, le candidat est réputé renoncer au bénéfice de l'avance forfaitaire.

2^{ème} CONTRACTANT

- Compte ouvert au nom de
- Sous le numéro Clé RIB
.....
- Banque
- Code banque Code guichet

☐ J'accepte de percevoir l'avance forfaitaire à laquelle je peux éventuellement prétendre.

☐ Je refuse de percevoir l'avance forfaitaire à laquelle je peux éventuellement prétendre.

Si aucune de deux cases n'est cochée, le candidat est réputé renoncer au bénéfice de l'avance forfaitaire.

3^{ème} CONTRACTANT

- Compte ouvert au nom de
- Sous le numéro Clé RIB
- Banque
- Code banque Code guichet

☐ J'accepte de percevoir l'avance forfaitaire à laquelle je peux éventuellement prétendre.

☐ Je refuse de percevoir l'avance forfaitaire à laquelle je peux éventuellement prétendre.

Si aucune de deux cases n'est cochée, le candidat est réputé renoncer au bénéfice de l'avance forfaitaire.

ARTICLE 5. NOMENCLATURE COMMUNAUTAIRE

Code CPV	Objet
34110000-1	Véhicules à quatre roues motrices

ARTICLE 6. SIGNATURES

👉 **ENGAGEMENT DU CANDIDAT :** Mention(s) manuscrite(s)
« lu et approuvé »
Fait en un seul original Et signature du candidat :
A.....
Le.....

👉 **ACCEPTATION DE L'OFFRE :**
Est acceptée la présente offre pour valoir acte d'engagement.
La Personne Apte à représenter le pouvoir adjudicateur.
A.....
Le.....



RECU NOTIFICATION DU MARCHE

A.....

Le.....

Signature du Titulaire du marché :

CADRE POUR FORMULE DE NANTISSEMENT OU DE CESSION DE CREANCES (1)

Formule d'origine

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 (2)
- ♦ la partie des prestations évaluées à

..... CFP ou € (en lettres) que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct.

- ♦ la partie des prestations évaluées à

..... CFP ou € (en lettres) et
devant être exécutées par
..... en qualité de :

- ♦ co- traitant
- ♦ sous-traitant

A , le (3)
.....

Signature,

Annotations ultérieures éventuelles

La part des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct est ramenée à

..... CFP ou € (en lettres)

A , le (3)
.....

Signature,

(1) A remplir par le pouvoir adjudicateur en original sur une photocopie.

(2) Rayer la mention inutile.

(3) Date et signature originales.

ANNEXE N°..... : DESIGNATION DES CO-TRAITANS ET REPARTITION DES PRESTATIONS

Titulaire	Prestations concernées	Montant de la prestation TTC
<p style="text-align: center;">Cocher la case correspondant à la situation du groupement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Les paiements seront effectués sur le compte unique du mandataire, dont le RIP ou RIB est joint. - <input type="checkbox"/> Les paiements seront effectués sur un compte unique géré par le mandataire, dont le RIP ou RIB est joint. - <input type="checkbox"/> Les paiements seront effectués sur un compte unique, géré par le mandataire, dont les coordonnées seront communiquées ultérieurement au pouvoir adjudicateur. - <input type="checkbox"/> Les paiements seront effectués sur les comptes, dont les RIP ou RIB sont joints, de chaque membre du groupement, pour les prestations qu'ils auront réalisées. 		
Mandataire : (Joindre un RIP ou un RIB)		
Cotraitant n°1 : SIRET ou RIDET : Adresse : En cas de paiement sur le compte de chaque membre du groupement : joindre un RIP ou un RIB		
Cotraitant n°2 : SIRET ou RIDET : Adresse : En cas de paiement sur le compte de chaque membre du groupement : joindre un RIP ou un RIB		
Cotraitant n°3 : SIRET ou RIDET : Adresse : En cas de paiement sur le compte de chaque membre du groupement : joindre un RIP ou un RIB		

Le cas échéant, dupliquer le tableau ci-dessus afin de faire apparaître autant de lignes qu'il y a de cotraitants, avec indication de la répartition des prestations et des paiements.