Une image contenant Police, Graphique, texte, graphisme

Description générée automatiquement

**MARCHES PUBLICS TRAVAUX**

ACTE D'ENGAGEMENT N° 251020

**Affaire n° 24P012 -** **Réhabilitation du niveau 7 de la tour A du Centre Hospitalier d’Avignon**

**Lot n° 10 - Fluides Médicaux**

Cet acte d'engagement correspond à l’ensemble du marché

1. Identification de l’acheteur

Désignation de l’acheteur :

Centre Hospitalier d’Avignon

Direction Générale - Cellule TERRAH

305 rue Raoul Follereau

84902 AVIGNON CEDEX 9

|  |  |
| --- | --- |
| Contact approvisionnement,  engagements et gestion des stocks :  Courriel : [appro-cha@ch-avignon.fr](file:///C:\Users\HRousseau.ADCHA.016\AppData\Local\Temp\XPgrpwise\%09%09%20%20mailto:%09%09%20%20appro-cha@ch-avignon.fr) | Contact gestion des factures,  avoirs, contentieux, mandats :  Courriel : [compta-cha@ch-avignon.fr](file:///C:\Users\HRousseau.ADCHA.016\AppData\Local\Temp\XPgrpwise\%09%09%20%20mailto:%09%09%20%20compta-cha@ch-avignon.fr) |

Nom, prénom, qualité du signataire du marché ou de l’accord-cadre :

Pierre PINZELLI, Directeur du Centre Hospitalier d’Avignon ou son représentant

Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

Trésorier Principal du Centre Hospitalier d’Avignon

Centre des Finances Publiques

Trésorerie du Centre Hospitalier d’Avignon

305 rue Raoul Follereau

84000 AVIGNON

Tél. 04.32.75.35.10 - Fax : 04.90.88.15.01 - Courriel : [t084006@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:t84006@dgfip.finances.gouv.fr)

1. Engagement du titulaire ou du groupement titulaire

***Signataire***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ................................................................................................. |
| Prénom : | ................................................................................................. |
| Qualité : | ................................................................................................. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Signant pour mon propre compte |
|  | Signant pour le compte de la société |
|  | Signant pour le compte de la personne publique prestataire |

***et***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Agissant en tant que prestataire individuel | | | | |
|  | Agissant en tant que membre du groupement défini ci-après | | | | |
|  | Solidaire Ou | Conjoint |

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Solidaire Ou | Conjoint |

***Prestataire individuel ou mandataire du groupement***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| ......................................................................................................... |
| ......................................................................................................... |
| ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce : | ......................................................................................................... |
| Ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

***En cas de groupement,***

***Cotraitant n°1***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | **...............................................................................** |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| N° SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n°2***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | **...............................................................................** |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| N° SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n°3***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | **...............................................................................** |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| N° SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n°4***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | **...............................................................................** |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| N° SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

Après avoir pris connaissance des documents constitutifs du marché du CCAP n° 24P012 en date  
du 03/01/2025, et ses compléments d’informations

Je m'engage (nous nous engageons) sans réserve, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après.

Le titulaire (prestataire individuel ou chaque membre du groupement), déclare sur l'honneur n'entrer dans aucun des cas d'exclusion des procédures de passation des marchés prévus aux articles   
L.2141-1 à L.2141-11 du code de la commande publique.

1. Prix
   1. Montant du marché hors prestation supplémentaire éventuelle

Le montant total du lot n° 10 s'élève à :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Montant hors TVA |  | **…. € HT** |  |
|  |  |  |  |
| Taux de la TVA |  | 20 % |  |
|  |  |  |  |
| Montant TTC |  | **… € TTC** |  |
|  |  |  |  |

*Montant (TTC) arrêté en lettres à :*

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

La répartition détaillée du marché à exécuter par chacun des membres du groupement et le montant du marché revenant à chacun sont décomposés dans le tableau ci-après :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Statut | Désignation des prestations | Part (%) | Montant en € HT |
| Mandataire | .......................................................... | ............... | **...........................................** |
| Cotraitant 1 | .......................................................... | ............... | **...........................................** |
| Cotraitant 2 | .......................................................... | ............... | **...........................................** |
| Cotraitant 3 | .......................................................... | ............... | **...........................................** |
| Cotraitant 4 | .......................................................... | ............... | **...........................................** |

* 1. Montant de la prestation supplémentaire éventuelle

Sans objet.

1. Sous-traitance

Si le titulaire souhaite sous-traiter une partie des prestations, il doit joindre au présent acte d’engagement, l’acte spécial de sous-traitance ou formulaire DC4 ainsi que les pièces du sous-traitant permettant d’évaluer ses capacités économiques, professionnelles, techniques et financières.

1. Cession de créances

Si le titulaire souhaite céder ou nantir tout ou partie des créances résultant du marché, il doit joindre à l’acte d’engagement, l’imprimé « NOTI6 - Certificat de cessibilité de créance(s)».

1. Durée du marché

Se référer à l’article 3.2 du CCAP.

1. Délai de validité de l’offre

Le présent engagement me/nous lie pour le délai de validité des offres indiqué dans le règlement de la consultation, la lettre de consultation ou l'avis d'appel public à la concurrence.

1. Mode de règlement
   1. Mode de règlement

🞏 Cas d’un prestataire individuel ou d’un groupement avec répartition des prestations :

Le présent marché sera réglé par virement établi à l'ordre du prestataire individuel ou des membres du groupement (joindre les RIB) :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Statut | Titulaire | Etablissement | Agence | Compte | Banque | Guichet | RIB |
| Prestataire individuel | …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |
| Mandataire | …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |
| Cotraitant 1 | …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |
| Cotraitant 2 | …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |
| Cotraitant 3 | …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |
| Cotraitant 4 | …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |

🞏 Cas d’un groupement sans répartition des prestations entre les co-traitants :

Le présent marché sera réglé par :

virement sur un compte commun ouvert au nom du groupement (joindre un RIB)

virement sur un compte ouvert au nom du mandataire (joindre un RIB)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titulaire | Etablissement | Agence | Compte | Banque | Guichet | RIB |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |

* 1. Avance

Le prestataire individuel ou mandataire accepte de percevoir l'avance

refuse de percevoir l'avance

L’entreprise,1er co-traitant accepte de percevoir l'avance

refuse de percevoir l'avance

L’entreprise, 2ème co-traitant accepte de percevoir l'avance

refuse de percevoir l'avance

L’entreprise, 3ème co-traitant accepte de percevoir l'avance

refuse de percevoir l'avance

1. Signatures
   1. Signature du marché par le titulaire individuel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom et qualité  du signataire (\*) | Lieu et date de signature | Signature |
| .......................................................... | ..................................... |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

* 1. Signature du marché en cas de groupement

Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement :

pour signer le présent acte d’engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ; *(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ou de l’accord-cadre ; *(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.

*OU*

Les membres du groupement, qui signent le présent acte d’engagement :

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché ou de l’accord-cadre ;

donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :

*(Donner des précisions sur l’étendue du mandat.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Statut | Nom, prénom et qualité  du signataire (\*) | Lieu et date de signature | Signature |
| Mandataire | .......................................................... | ..................................... |  |
| Cotraitant 1 | .......................................................... | ..................................... |  |
| Cotraitant 2 | .......................................................... | ..................................... |  |
| Cotraitant 3 | .......................................................... | ..................................... |  |
| Cotraitant 4 | .......................................................... | ..................................... |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

1. Acceptation de l’offre par le pouvoir adjudicateur

***Cadre réservé à l’acheteur***

L’offre est complétée par les annexes suivantes :

Annexe n°… relative à la présentation d’un sous-traitant (ou DC4) ;

Annexe n°… relative aux demandes de précisions ou de régularisation ;

Annexe n°… relative à la mise au point du marché ;

Autres annexes *(A préciser)* ;

A AVIGNON, le

Le Directeur du Centre Hospitalier d’Avignon,

ou son représentant

1. Notification

**◼ *En cas de remise contre récépissé*** :

Le titulaire signera la formule ci-dessous :

« *Reçu à titre de notification une copie du présent marché* » :

A…………………………….……, le ………………………..

Signature du titulaire

**◼ *En cas de notification électronique*** :

En annexe, le justificatif édité par la plate-forme PLACE