

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT (AE)** |

**MARCHE PUBLIC DE TRAVAUX**

|  |
| --- |
| **MAPA – N°20240166004000**  **AMENAGEMENT D’UN PLATEAU D’ONCOLOGIE**  **NIVEAU 7 – TOUR C**  **CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**  **Lot n°4 – Peintures** |

|  |
| --- |
| **Etablissement support :**  **CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**  Pôle Services – Cellule des marchés publics  Avenue Désandrouin – B.P. 479  59322 VALENCIENNES Cedex |

|  |
| --- |
| 1 - Identification de l'acheteur |

## 1.1 - Pouvoir adjudicateur

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Monsieur Nicolas SALVI, Directeur général

Avenue Désandrouin

59322 VALENCIENNES Cedex

## 1.2 - Etablissements concernés par le marché public

Centre Hospitalier d’Avesnes-Sur-Helpe

Centre Hospitalier de Denain

Centre Hospitalier de Felleries-Liessies

Centre Hospitalier de Fourmies

Centre Hospitalier de Hautmont

Centre Hospitalier de Jeumont

Centre Hospitalier de Le Quesnoy

Centre Hospitalier de Maubeuge

Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux

Centre Hospitalier de Valenciennes

## 1.3 - Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Pôle logistique – Cellule des marchés publics

Avenue Désandrouin – B.P. 479

59322 VALENCIENNES Cedex

03 27 14 00 42 – [noulette-j@ch-valenciennes.fr](mailto:noulette-j@ch-valenciennes.fr)

## 1.4 - Comptable assignataire des paiements

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les Centres Hospitaliers de Valenciennes, Denain, Saint-Amand-Les-Eaux et Le Quesnoy : Trésorerie hospitalière  57, avenue Désandrouin  B.P. 10421  59322 VALENCIENNES Cedex  Services dépenses :  Tél : 03 27 45 49 48  Fax : 03 27 30 24 09 | Pour les Centres Hospitaliers de Maubeuge, Jeumont, Hautmont, Felleries-Liessies, Fourmies et Avesnes-sur-Helpe : Trésorerie de Maubeuge municipale  Rue de l’ancien Pont rouge  C.S. 50500  59 607 MAUBEUGE Cedex  Services dépenses :  Tél : 03 27 53 84 18  Fax : 03 27 53 84 39 |

|  |
| --- |
| 2 - Identification du titulaire |

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public indiquées à l'article "documents contractuels" du cahier des clauses administratives particulières (CCAP) et conformément à leurs stipulations ;

## 2.1 - En cas de réponse individuelle

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Le signataire, | |
|  | |  |  | |
| M / Mme | | |  | |
| Agissant en qualité de | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | s'engage sur la base de son offre et pour son 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 |  |

## 2.2 - En cas groupement d’opérateurs économiques

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 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 du mandataire |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

S'engage, au nom des membres du groupement, sur la base de l'offre du groupement, dont les membres sont   
 listés en annexe n°1 (l’annexe est à compléter obligatoirement)

à réaliser les travaux demandés dans les conditions définies ci-après.

|  |
| --- |
| 3 - Dispositions générales |

## 

## 3.1 - Objet

L’objet de la présente consultation est le suivant :

**AMENAGEMENT D’UN PLATEAU D’ONCOLOGIE – NIVEAU 7 – TOUR C – CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Cet acte d’engagement (AE) correspond :

1. à l’ensemble du marché public *(en cas de non allotissement)*;

au lot n°……**4**……… ou aux lots n°…………… du marché public *(en cas d’allotissement)* ;

***Peintures***

1. à l’offre de base ;

à la variante suivante :

1. avec les prestations supplémentaires suivantes : /

## 3.2 - Mode de passation

La procédure de passation utilisée est la procédure adaptée ouverte. Elle est soumise aux dispositions des articles   
L. 2123-1 et R. 2123-1 1° du code de la commande publique.

## 3.3 - Forme du contrat

## 

Il s'agit d'un marché public ordinaire.

|  |
| --- |
| 4 - Prix |

Les travaux à réaliser seront rémunérés par application des prix suivants :

Taux de la TVA : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Montant HT *(en chiffres)* : ………………………………………………………………………………………………………….

Montant TTC *(en chiffres)* : …………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 5 - Durée et délai d’exécution |

Le délai global prévu pour l'exécution de la totalité du chantier est de 12 mois.

La date prévisionnelle de début d’exécution des travaux est la suivante : **03/03/2025**.

---

L'acte d'engagement (AE) fixe le délai d'exécution propre au présent lot.

L'exécution des travaux débute à compter de la date fixée par l'ordre de service prescrivant au titulaire de commencer les travaux jusqu’à l’expiration du délai de garantie de parfait achèvement (GPA), selon le calendrier détaillé d’exécution (planning) validé conjointement par les parties, avant le début du chantier.

Une prolongation du délai d'exécution propre au présent lot peut être accordée par le maître d’ouvrage dans les conditions de l'article 18.2 du CCAG-Travaux.

|  |  |
| --- | --- |
| Délai global d’exécution sur lequel s’engage le candidat |  |

|  |
| --- |
| 6 - Paiement |

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des travaux en faisant porter le montant au crédit du compte suivant :

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

***\* Relevé d’identité bancaire (RIB) à joindre.***

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 cahier des clauses administratives particulières (CCAP) s'appliquent.

Les sommes dues au titulaire seront payées dans un délai global de 50 jours à compter de la date de réception des demandes de paiement.

|  |
| --- |
| 7 - Avance |

Le candidat renonce au bénéfice de l'avance *(cocher la case correspondante)* :

NON

OUI

**Nota :** Si aucune case n'est cochée, ou si les deux cases sont cochées, le pouvoir adjudicateur considérera que l'entreprise renonce au bénéfice de l'avance.

|  |
| --- |
| 8 - Signature |

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT/MANDATAIRE**

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation du présent marché public 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.

Fait en un seul original

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

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

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

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 ;

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du présent marché public ;

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

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 présent marché public ;

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom et qualité  du signataire | Lieu et date de signature | Signature |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

Le montant global de l'offre acceptée par le pouvoir adjudicateur est porté à :

Marché public ordinaire conclu à prix global et forfaitaire :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MONTANT HT | MONTANT TTC | RETENUE/ACCEPTEE |
| Offre de base |  |  |  |

Taux de TVA : …… %

La présente offre est acceptée.

À **Valenciennes**,

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

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur

**Monsieur Nicolas SALVI**

Directeur général du Centre hospitalier de Valenciennes

# ANNEXE N° 1 : 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° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
| Dénomination sociale : ………………………………………………………………………….  SIRET : ……………….…………………….…. Code APE : ……………………………………..  N° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
| Dénomination sociale : ………………………………………………………………………….  SIRET : ……………….…………………….…. Code APE : ……………………………………..  N° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
|  | Totaux |  |  |  |

***\* Relevé d’identité bancaire (RIB) à joindre.***