



MARCHES PUBLICS DE SERVICES

**Agence de Santé des Iles Wallis et Futuna
BP 16 – Havelu
98600 UVEA**

**Organisation des évacuations sanitaires
médicalisées et urgentes au départ et à destination
de Wallis et/ou Futuna**

ACTE D'ENGAGEMENT

NUMERO DE MARCHE : 2024-ADSWF-04

SOMMAIRE

ARTICLE 1.	CONTRACTANT	4
ARTICLE 2.	DUREE DU MARCHE	6
	La durée du marché est de 1 an ferme reconductible 1 fois, sans pouvoir excéder 2 ans.	6
ARTICLE 3.	OFFRE DE PRIX.....	6
ARTICLE 4.	SOUS TRAITANCE	6
ARTICLE 5.	PAIEMENTS.....	7
ARTICLE 6.	NOMENCLATURE COMMUNAUTAIRE	8
ARTICLE 7.	SIGNATURE DES PARTIES	8

POUVOIR ADJUDICATEUR

Agence de Santé de Wallis et Futuna
Hôpital de Sia - BP 4G Mata'Utu
98600 MATA-UTU – Pacifique Sud

OBJET DU MARCHE

Organisation des évacuations sanitaires médicalisées et urgentes au départ et à destination de Wallis et/ou Futuna

CONSULTATION

Marché passé sous forme d'Appel d'Offres Ouvert en application des articles R2124-1 et suivants et L2124-1 et suivants du Code de la Commande Publique 2019. Il suit les dispositions des articles R.2161-1 et suivants du code de la commande publique 2019.

Personne apte à représenter le pouvoir adjudicateur

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

Personne habilité à donner des renseignements

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

Ordonnateur des paiements

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

Comptable assignataire des paiements

Monsieur l'agent comptable de l'Agence de Santé des Îles Wallis et Futuna

Numéro du marché
Imputation

(Réservé pour la mention d'exemplaire unique du marché)

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 :
Code d'activité économique principale APE (1) :

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 :
Code d'activité économique principale APE (1) :

(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) :

Code d'activité économique principale APE (1) :

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) :

Code d'activité économique principale APE (1) :

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) :

Code d'activité économique principale APE (1) :

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 de 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 **180** (cent vingt) jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par le Règlement de la Consultation.

ARTICLE 2. DUREE DU MARCHÉ

Le marché est exécutoire à compter de sa notification au titulaire.

La durée du marché est de 1 an ferme reconductible 1 fois, sans pouvoir excéder 2 ans.

ARTICLE 3. OFFRE DE PRIX

L'offre de prix :

- est réputée établie sur la base des conditions économiques en vigueur au mois de la date de remise des offres désigné le mois (o),
- comprend toutes les prestations définies au CCTP et au CCAP.

Le marché est à prix unitaire, les prestations seront rémunérées par application aux quantités réellement exécutées des prix unitaires du bordereau des prix du marché.

Le montant total des commandes pour la durée initiale du marché, et pour les périodes de reconduction, compris entre :

Minimum annuel	Maximum annuel
0€ TTC	2.000.000€ TTC

Les prix du Bordereau des Prix Unitaires (BPU) comprennent toutes les charges fiscales, parafiscales ou autres frappant obligatoirement la prestation ainsi que tous les frais afférents à celle-ci.

ARTICLE 4. SOUS TRAITANCE

Indiquer suivant le cas :

☐ pour l'exécution du marché, je n'envisage pas de recourir à un ou plusieurs sous-traitants,
☐ les annexes n° (1)..... au présent acte d'engagement indiquent la nature et le montant des prestations que :

☐ j'envisage

☐ nous envisageons

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 annexe, constitue le montant maximal 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.

Organisation des évacuations sanitaires

Le montant total des prestations que :

☐ j'envisage

☐ nous envisageons

de sous-traiter conformément à ces annexes est de :

.....€uros TTC

En outre, le tableau ci-après indique la nature et le montant que :

☐ j'envisage

☐ nous envisageons

de faire exécuter par des sous-traitants payés directement après avoir demandé en cours de marché leur acceptation à la personne apte à représenter le pouvoir adjudicateur ; les sommes figurant à ce tableau correspondent au montant maximal de la créance que le(s) sous-traitant(s) concerné(s) pourra(ont) présenter en nantissement.

Désignation du sous-traitant	Nature de la prestation	Montant de la prestation TTC

ARTICLE 5. 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 6. NOMENCLATURE COMMUNAUTAIRE

Code CPV	Objet
60443000-5	Service de secours aérien
60443100-8	Services aéronavals de sauvetage
85100000-0	Services de santé

ARTICLE 7. SIGNATURE DES PARTIES

↳ **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.....

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
<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.