

**ANNEXE 3 AU CAHIER DES CLAUSES ADMINISTRATIVES PARTICULIERES**

**FICHE D’INTERVENTION VALANT RECEPTION**

Personne publique :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

ETABLISSEMENT SUPPORT DU GHT DE L’EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON

CENTRE ADMINISTRATIF ANDRE BENECH

191, avenue Doyen Gaston GIRAUD

34295 MONTPELLIER CEDEX 5

N° Affaire : 25A0025

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objet de la consultation : MISE EN PROPRETE ET DESINFECTION DES RESEAUX AERAULIQUES POUR LE CHU DE MONTPELLIER, ETABLISSEMENT SUPPORT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE « EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON » (GHT EHSA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHE D’INTERVENTION VALANT RECEPTION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A remplir par le prestataire*** | | | | |
| Maître d’Ouvrage : | | | | |
| Représenté par : | | | | |
| Titulaire du marché : | | | | |
| Représenté par : | | | | |
| Marché n° | Commande n° d’un montant de : € | | | |
| Objet de la commande | | | | |
| Date contractuelle de prestation | | | | |
| Avancement des prestations | | | 🞏 100 % 🞏 Acompte . . . . . . . . % | |
| Commande non valorisée ou travaux modificatifs *(en plus ou moins-value par rapport au bon de commande)* | | | 🞏 OUI 🞏 NON | |
| Si oui, nature et montant de ces travaux  *(le fournisseur devra fournir au conducteur d’opération un projet de facturation pour validation)* | | |  | |
|  | | | | |
| ***A remplir par le représentant du maître d’ouvrage*** | | | | |
| **En cas demande d’acompte** | | *Acceptation du % d’avancement proposé* | | 🞏 OUI 🞏 NON |
| Si non | | *% d’avancement accepté* | | |
| *Le représentant du maître d’ouvrage :*  *Accepté le …………………………………………………….* | | | | |
| **Service fait** | | | | |
| Le représentant du Maître d’Ouvrage décide :  🞏 que le service fait est avéré sans réserve à la date du : .............................  🞏 que le service fait est avéré, à la date du ............................. sous réserve de l'exécution des prestations suivantes avant la date du ............................. :  ............................. ............................. ............................. ............................. ............................. .............................  Dressé le ............................. Accepté le .............................  Le représentant du Maître d’Ouvrage Le titulaire | | | | |

Le représentant du Maître d’Ouvrage décide :

 que les prestations ayant fait l'objet des réserves (notées ci-dessus lors de la vérification de service fait) ont été exécutées et accepte de lever les réserves dont était assortie la vérification du service fait.

Dressé le ............................. Accepté le .............................

Le représentant du Maître d’Ouvrage Le titulaire

***A remplir après réception de la facture***

**PRISE EN CHARGE DE LA FACTURE  🞏 OUI 🞏 NON**

**Si non, motif**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de réception |  |
| Délai d’exécution respecté | 🞏 OUI 🞏 NON |
| Si non, pénalités de retard à appliquer | 🞏 OUI 🞏 NON |
| Si oui, détail des pénalités de retard  Si non, motif |  |
| DOE à fournir | 🞏 OUI 🞏 NON |
| Si oui, DOE fourni *(conforme au marché)* | 🞏 OUI 🞏 NON |
| Autres pénalités à appliquer *(port du badge, absence aux réunions)*  🞏 OUI 🞏 NON  **Si oui, détail et montant des pénalités :** | |