

## MARCHES PUBLICS ET ACCORDS-CADRES

### ACTE D'ENGAGEMENT

#### A - Objet de la consultation et de l'acte d'engagement.

■ Objet de la consultation :

*(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)*

#### **Prestation de nettoyage des sites de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Yonne**

■ Code CPV principal :

*(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)*

90910000-9 : Nettoyage des locaux

90919200-4 : Service de nettoyage de bureaux

90911300-9 : Service de nettoyage de vitres

■ Cet acte d'engagement correspond :

*(Cocher les cases correspondantes.)*

1.

☐ à l'ensemble du marché public ou de l'accord-cadre *(en cas de non allotissement)*.

☒ au **lot n°2 Nettoyage des locaux et de la vitrerie du Centre d'examens de santé d'Auxerre** de la procédure de passation du marché public ou de l'accord-cadre *(en cas d'allotissement)* :  
*(Indiquer l'intitulé du lot tel qu'il figure dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)*

2.

☐ à l'offre de base.

☐ à la variante suivante :

☐ aux prestations supplémentaires ou alternatives suivantes :

## B - Engagement du candidat.

### B1 - Identification et engagement du candidat :

(Cocher les cases correspondantes.)

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public ou de l'accord-cadre suivantes,

- ☐ CCAP n°M2025\_01.....
- ☐ CCAG : Fournitures Courantes et Services.....
- ☐ CCTP n°M2025\_01.....
- ☐ Autres : RC, Cadre de réponse, DPGF et BPU.....

et conformément à leurs clauses et stipulations,

☐ Le signataire

☐ s'engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]*

☐ engage la société ..... sur la base de son offre ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]*

☐ L'ensemble des membres du groupement s'engagent, sur la base de l'offre du groupement ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET. Identifier le mandataire désigné pour représenter l'ensemble des membres du groupement et coordonner les prestations.]*

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées :

☐ aux prix indiqués ci-dessous ;

☐ Taux de la TVA :

☐ Montant hors taxes<sup>1</sup> :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à : .....

Montant hors taxes arrêté en lettres à : .....

☐ Montant TTC<sup>4</sup> :

Montant TTC arrêté en chiffres à : .....

Montant TTC arrêté en lettres à : .....

OU

☐ aux prix indiqués dans l'annexe financière jointe au présent document.

<sup>1</sup> Le montant de l'offre établie à partir de prix unitaires est calculé par référence à la quantité estimée dans l'avis d'appel public à la concurrence.

**B2 - Répartition des prestations** (en cas de groupement conjoint) :

(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'entre eux s'engage à réaliser.)

Désignation des membres du groupement conjoint	Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint	
	Nature de la prestation	Montant HT de la prestation

**B3 - Compte (s) à créditer :**

(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)

■ Nom de l'établissement bancaire :

■ Numéro de compte :

**B4 - Avance :**

Je renonce au bénéfice de l'avance :

☐

NON

☐

OUI

(Cocher la case correspondante.)

**B5 - Durée d'exécution du marché public ou de l'accord-cadre :**

La durée d'exécution du marché public ou de l'accord cadre est de treize (13) mois à compter de :

(Cocher la case correspondante.)

☐

la date de notification du marché public ou de l'accord-cadre ;

☐

la date de notification de l'ordre de service ou du premier bon de commande ;

☒

la date de début d'exécution prévue par le marché public ou l'accord-cadre lorsqu'elle est postérieure à la date de notification.

Le marché public ou l'accord cadre est reconductible :

☒

NON

☐

OUI

(Cocher la case correspondante.)

**B6 - Délai de validité de l'offre :**

Le présent engagement me 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.

**B7 - Origine et part des fournitures :**

L'offre présentée au titre du présent marché public ou accord-cadre contient des fournitures en provenance de :  
(Cocher la case correspondante et indiquer le pourcentage.)

- ☐ Pays de l'Union européenne, France comprise : .....%.
- ☐ Pays membre de l'Organisation mondiale du commerce signataire de l'accord sur les marchés publics  
(Union européenne exclue) : .....%.
- ☐ Autre : .....%.

**C - Signature de l'offre par le candidat.**

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.

## D - Identification du pouvoir adjudicateur .

■ Désignation du pouvoir adjudicateur :

*(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence ou la lettre de consultation.)*

### CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE L'YONNE

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché public ou de l'accord-cadre :

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

#### Mr Gilles BROSSARD – Directeur de la CPAM de l'Yonne

■ Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l'article R2191-59 du code de la commande publique (nantissements ou cessions de créances) :

*(Indiquer l'identité de la personne, ses adresses postale et électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie.)*

#### Mr Gilles BROSSARD – Directeur de la CPAM de l'Yonne

■ Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

*(Joindre une annexe récapitulative en cas de pluralité de comptables.)*

#### Mme Sandrine TUPINIER – Directrice Comptable et Financière de la CPAM de l'Yonne 1 et 3 rue du moulin 89024 AUXERRE CEDEX. Téléphone : 03.86.72.81.55

■ Imputation budgétaire :

#### Budget de fonctionnement

## E - Décision du pouvoir adjudicateur.

.....

Elle est complétée par les annexes suivantes :  
(Cocher la case correspondante.)

- ☐ Annexe n°... relative à la présentation d'un sous-traitant ;
- ☐ Annexe n°... relative aux demandes de précisions ou de compléments sur la teneur des offres ;
- ☐ Annexe n°... relative à la mise au point du marché ;
- ☐ Autres annexes (A préciser) ;

### Pour l'Etat et ses établissements :

(Visa ou avis de l'autorité chargée du contrôle financier.)

A : ..... , le .....

Signature

(représentant du pouvoir adjudicateur habilité à signer le marché  
public ou l'accord-cadre)