

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

**ACCORD-CADRE DE SERVICES**

|  |
| --- |
| **AOO 20250021 Prestations de maintenance et de contrôle/qualification de stérilisateurs, de laveurs-désinfecteurs, de cabines de lavage et de soudeuses des membres des Hôpitaux Hainaut Cambrésis** |

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Etablissement support des Hôpitaux Hainaut Cambrésis

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**

Etablissement support des Hôpitaux Hainaut Cambrésis

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 06 63– [plichon-l1@ch-valenciennes.fr](mailto:plichon-l1@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 exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après.

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

## 

## 3.1 - Objet

La présente consultation concerne les prestations de maintenance et de contrôle/qualification de stérilisateurs, de laveurs-désinfecteurs, de cabines de lavage et de soudeuses des membres des Hôpitaux Hainaut Cambrésis.

Cet acte d’engagement (AE) correspond :

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

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

**Objet du lot :**

1. à l’offre de base ;

à la variante suivante :

## 3.2 - Mode de passation

La procédure de passation utilisée est l'appel d'offres ouvert. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2124-2, R.2124-2 1° et R.2161-2 à R.2161-5 du Code de la commande publique.

## 3.3 - Forme du contrat

## 

L'accord-cadre avec maximum est passé en application des articles L2125-1 1°, R.2162-1 à R.2162-6, R.2162-13 et R.2162-14 du Code de la commande publique.

La présente consultation fera l'objet d'un accord-cadre « composite » conclu avec un seul opérateur économique, comprenant une partie traitée sous la forme d'un marché ordinaire, et une partie traitée sous la forme d'un accord-cadre à bons de commande.

La partie « marché ordinaire » concerne les prestations suivantes :

- La base tarifaire forfaitaire de chaque lot concerne la maintenance préventive et curative (Pour les interventions de maintenance curative dont le montant estimatif cumulé des pièces détachées est valorisé à moins de 1.000 € HT). Les frais de déplacements / d’hébergement, les frais de main d’œuvre et les pièces détachées nécessaires dans le cadre de la maintenance préventive et curative des équipements seront inclus dans le montant forfaitaire annuel.

La partie « accord-cadre à bons de commande » correspond à un accord-cadre avec maximum, passé en application du Code de la commande publique, qui fixe les conditions d'exécution des prestations et s'exécute au fur et à mesure de l'émission de bons de commande. Elle concerne les prestations suivantes :

- Pour les interventions de maintenance curative dont le montant estimatif cumulé des pièces détachées est supérieur à 1.000 € HT, elles sont exclues du forfait proposé et un bon de commande sera systématiquement émis par le Centre Hospitalier avec facturation spécifique.

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

Les prestations sont réglées par des prix unitaires selon les stipulations de l'acte d'engagement. L’accord cadre est conclu sans minimum et avec un maximum par période d'exécution :

|  |  |
| --- | --- |
| Lot(s) | Montants maximum par période |
| 01 | 150 000€ HT |
| 02 | 75 000€ HT |
| 03 | 75 000€ HT |
| 04 | 25 000€ HT |
| 05 | 20 000€ HT |
| 06 | 20 000€ HT |
| 07 | 10 000€ HT |
| 08 | 20 000€ HT |
| 09 | 75 000€ HT |
| 10 | 75 000€ HT |
| 11 | 20 000€ HT |
| 12 | 10 000€ HT |
| 13 | 10 000€ HT |
| 14 | 10 000€ HT |
| 15 | 10 000€ HT |
| 16 | 10 000€ HT |
| 17 | 10 000€ HT |
| 18 | 75 000€ HT |
| 19 | 20 000€ HT |
| 20 | 75 000€ HT |
| 21 | 75 000€ HT |
| 22 | 20 000€ HT |
| 23 | 50 000€ HT |
| 24 | 20 000€ HT |
| 25 | 20 000€ HT |
| 26 | 20 000€ HT |

|  |
| --- |
| 5 - Durée |

L'accord-cadre est conclu pour une période initiale de 12 mois à compter de la date de notification du contrat.

L'accord-cadre est reconduit tacitement jusqu'à son terme. Le nombre de périodes de reconduction est fixé à 3. La durée de chaque période de reconduction est de 12 mois. La durée maximale du contrat, toutes périodes confondues, est de 48 mois.

La reconduction est considérée comme acceptée si aucune décision écrite contraire n'est prise par le pouvoir adjudicateur au moins 3 mois avant la fin de la durée de validité de l'accord-cadre. Le titulaire ne peut pas refuser la reconduction.

Au plus tôt, de manière anticipée :

Dans le cas où le montant maximum serait atteint avant le terme de la période considérée (la période initiale ou l’une des deux premières périodes de reconduction), l'acheteur informe par écrit le titulaire de la reconduction anticipée de l'accord-cadre. La durée maximale de l'accord-cadre sera ainsi réduite au prorata des mois anticipés.

La reconduction est considérée comme acceptée si aucune décision écrite contraire n'est prise par le pouvoir adjudicateur au moins 3 mois avant la fin de la durée de validité de l'accord-cadre. Le titulaire ne peut pas refuser la reconduction.

La reconduction est considérée comme acceptée si aucune décision écrite contraire n'est prise par le pouvoir adjudicateur au moins 3 mois avant la fin de la durée de validité de l'accord-cadre. Le titulaire ne peut pas refuser la reconduction.

|  |
| --- |
| 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 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro de marché et LOT | Montant maximum par période HT | Montant maximum par période TTC | RETENUE/ACCEPTEE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Taux de TVA : 20 %

La présente offre est acceptée.

À **Valenciennes**,

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

Signature du pouvoir adjudicateur

**Monsieur Nicolas Salvi**

Directeur général

# 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.***