

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT** |

**ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES**

|  |
| --- |
| **Fourniture de dispositifs médicaux implantables sur-mesure pour le CHU de Besançon**  **Lot n° ......................................** |

Cadre réservé à l'acheteur

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRAT N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTIFIE LE** |  | ....... ....... / ....... ....... / ....... ....... ....... ....... |

**CHU de BESANCON**

**Etablissement support du GHT-CFC**

DSHA Bâtiment blanc +2

3 Boulevard Alexandre Fleming

25030 BESANCON Cedex

Tél : 03 81 21 80 47

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L'ESSENTIEL DE L'ACTE D'ENGAGEMENT | | |
|  | **Objet** | Fourniture de dispositifs médicaux implantables sur-mesure pour le CHU de Besançon |
|  | **Mode de passation** | Appel d'offres ouvert |
|  | **Type de contrat** | Accord-cadre |
|  | **Prix** | Prix unitaires |
|  | **Variantes** | Sans |
|  | **PSE** | Sans |
|  | **Avance** | Avec |
|  | **Clauses sociales** | Sans |
|  | **Clauses environnementales** | Sans |

**SOMMAIRE**

[1 - Préambule : Liste des lots 4](#_Toc256000000)

[2 - Identification de l'acheteur 5](#_Toc256000001)

[3 - Identification du co-contractant 5](#_Toc256000002)

[4 - Dispositions générales 6](#_Toc256000003)

[4.1 - Objet 6](#_Toc256000004)

[4.2 - Mode de passation 6](#_Toc256000005)

[4.3 - Forme de contrat 7](#_Toc256000006)

[5 - Prix 7](#_Toc256000007)

[6 - Durée de l'accord-cadre 7](#_Toc256000008)

[7 - Paiement 7](#_Toc256000009)

[8 - Avance 8](#_Toc256000010)

[9 - Nomenclature(s) 8](#_Toc256000011)

[10 - Signature 10](#_Toc256000012)

[ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS 12](#_Toc256000013)

# 1 - Préambule : Liste des lots

|  |  |
| --- | --- |
| Lot(s) | Désignation |
| 01 | DMI et plaques sur mesure dans le cadre de la reconstruction osseuse maxillo-faciale |
| 02 | DMI et plaques sur mesure dans le cadre de chirurgie orthognathique |
| 03 | DMI et prothèses sur mesure d'Articulation Temporo-Mandibulaire |
| 04 | DMI et plaques sur mesure dans le cadre de séquelles osseuses post-traumatiques maxillo-faciales |
| 05 | DMI et plaques sur mesure dans le cadre de chirurgie implantaire dentaire |

# 2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : CHU de BESANCON

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances : M le directeur général Thierry Gamond-Rius ou son représentant

Ordonnateur : M le directeur général Thierry Gamond-Rius ou son représentant

Comptable assignataire des paiements : Madame la trésorière principale

# 3 - Identification du co-contractant

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives de l'accord-cadre indiquées à l'article "pièces contractuelles" du Cahier des clauses administratives particulières qui fait référence au CCAG - Fournitures Courantes et Services et conformément à leurs clauses et stipulations ;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Le signataire (Candidat individuel), | | |
| M / Mme | | |  |
| Agissant en qualité de | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | m'engage sur la base de mon offre et pour mon 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 | | |  |

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

S'engage, au nom des membres du groupement 1, sur la base de l'offre du groupement,

à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après ;

L'offre ainsi présentée n'est valable toutefois que si la décision d'attribution intervient dans un délai de 140 jours à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

# 4 - Dispositions générales

## 4.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :

Fourniture de dispositifs médicaux implantables sur-mesure pour le CHU de Besançon

Mise à disposition de Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) sur-mesure destinés à la chirurgie maxillo-faciale, de type guides chirurgicaux et matériels implantables (dispositifs médicaux de classe IIa, IIb et III), les ancillaires de pose ainsi que les prestations de planification en lien avec le service I3DM du CHU.

Les prestations définies au CCAP sont réparties en 5 lots.

## 4.2 - Mode de passation

La procédure de passation 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.

## 4.3 - Forme de 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. Il fixe les conditions d'exécution des prestations et s'exécute au fur et à mesure de l'émission de bons de commande.

# 5 - Prix

Les prestations seront rémunérées par application aux quantités réellement exécutées des prix unitaires fixés dans le bordereau des prix.

La quantité des prestations pour la période initiale de l'accord-cadre est défini(e) comme suit :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lot(s) | Désignation | Maximum |
| 01 | reconstruction osseuse | 18,00 |
| 02 | chirurgie orthognathique | 33,00 |
| 03 | articulation temporo-mand | 4,00 |
| 04 | séquelles osseuses | 3,00 |
| 05 | Chirurgie implantaire den | 5,00 |

Les quantités seront identiques pour chaque période de reconduction.

# 6 - Durée de l'accord-cadre

La durée de l'accord-cadre et le délai d'exécution des commandes ainsi que tout autre élément indispensable à leur exécution sont fixés dans les conditions du CCAP.

# 7 - Paiement

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des prestations en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants :

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

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire du compte |  |
| Prestations concernées |  |

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

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 CCAP s'appliquent.

# 8 - 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.

# 9 - Nomenclature(s)

La classification conforme au vocabulaire commun des marchés européens (CPV) est :

|  |  |
| --- | --- |
| Code principal | Description |
| 33000000-0 | Matériels médicaux, pharmaceutiques et produits de soins personnnels |
| 33184100-4 | Implants chirurgicaux |
| 33183300-9 | Matériel d'ostéosynthèse |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lot(s) | Code principal | Description |
| 01 | 33000000-0 | Matériels médicaux, pharmaceutiques et produits de soins personnnels |
| 01 | 33183300-9 | Matériel d'ostéosynthèse |
| 01 | 33184100-4 | Implants chirurgicaux |
| 02 | 33000000-0 | Matériels médicaux, pharmaceutiques et produits de soins personnnels |
| 02 | 33183300-9 | Matériel d'ostéosynthèse |
| 02 | 33184100-4 | Implants chirurgicaux |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lot(s) | Code principal | Description |
| 03 | 33000000-0 | Matériels médicaux, pharmaceutiques et produits de soins personnnels |
| 03 | 33183300-9 | Matériel d'ostéosynthèse |
| 03 | 33184100-4 | Implants chirurgicaux |
| 04 | 33000000-0 | Matériels médicaux, pharmaceutiques et produits de soins personnnels |
| 04 | 33183300-9 | Matériel d'ostéosynthèse |
| 04 | 33184100-4 | Implants chirurgicaux |
| 05 | 33000000-0 | Matériels médicaux, pharmaceutiques et produits de soins personnnels |
| 05 | 33184100-4 | Implants chirurgicaux |

# 10 - Signature

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation de l'accord-cadre 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.

(Ne pas compléter dans le cas d'un dépôt signé électroniquement)

Fait en un seul original

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

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

Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement 1

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Montant de l'offre par lot | | |
| Offre  retenue | Lot(s) | Désignation |
|  | 01 | reconstruction osseuse |
|  | 02 | chirurgie orthognathique |
|  | 03 | articulation temporo-mand |
|  | 04 | séquelles osseuses |
|  | 05 | Chirurgie implantaire den |

La présente offre est acceptée

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

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

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

**NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES**

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 dont le montant est de (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La totalité du bon de commande n° ........ afférent au marché (indiquer le montant en chiffres et lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La partie des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct, est évaluée à (indiquer en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La partie des prestations évaluée à (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

et devant être exécutée par : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . en qualité de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | membre d'un groupement d'entreprise |
|  |  | sous-traitant |

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

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

**Signature** 1

# 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° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
|  | Totaux |  |  |  |