

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

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

|  |
| --- |
| **FOURNITURE DE PROTHESES ENDOCANALAIRES** |

**GHT Union Hospitalière de Cornouaille**

**CH de Cornouaille, établissement support**

14 Avenue Yves Thépot

BP 1757

29107 QUIMPER Cedex

**SOMMAIRE**

[1 - Préambule : Liste des lots 3](#_Toc193179672)

[2 - Identification de l'acheteur 4](#_Toc193179673)

[3 - Identification du co-contractant 4](#_Toc193179674)

[4 - Dispositions générales 6](#_Toc193179675)

[4.1 - Objet 6](#_Toc193179676)

[4.2 - Mode de passation 6](#_Toc193179677)

[4.3 - Forme de contrat 6](#_Toc193179678)

[5 - Prix 6](#_Toc193179679)

[6 - Durée de l'accord-cadre 6](#_Toc193179680)

[7 - Paiement 7](#_Toc193179681)

[8 - Avance 8](#_Toc193179682)

[9 - Nomenclature(s) 8](#_Toc193179683)

[10 - Signature 8](#_Toc193179684)

[ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS 10](#_Toc193179685)

# 1 - Préambule : Liste des lots

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° lot** | **LIBELLE** | Cocher les lots pour lesquels vous candidatez |
| **1** | ENDOPROTHESE BILIAIRE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE DIABOLO |  |
| **2** | ENDOPROTHESE BILIAIRE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE RX |  |
| **3** | ENDOPROTHESE BILIAIRE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE NON COUVERTE RX |  |
| **4** | ENDOPROTHESE BILIAIRE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE PARTIELLEMENT COUVERTE HEPATICO-GASTRIQUE |  |
| **5** | ENDOPROTHESE BILIAIRE PLASTIQUE DOUBLE QUEUE DE COCHON |  |
| **6** | ENDOPROTHESE BILIAIRE PLASTIQUE FORME INCURVEE PRECHARGEE |  |
| **7** | ENDOPROTHESE COLIQUE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE TTS |  |
| **8** | ENDOPROTHESE COLIQUE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE NON COUVERTE TTS |  |
| **9** | ENDOPROTHESE DUODENALE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE NON COUVERTE |  |
| **10** | ENDOPROTHESE DUODENALE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE PARTIELLEMENT COUVERTE |  |
| **11** | ENDOPROTHESE INTESTINALE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE PARTIELLEMENT COUVERTE |  |
| **12** | ENDOPROTHESE OESOPHAGIENNE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE 20MM |  |
| **13** | ENDOPROTHESE OESOPHAGIENNE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE 23MM |  |
| **14** | ENDOPROTHESE OESOPHAGIENNE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE ASYMETRIQUE |  |
| **15** | ENDOPROTHESE OESOPHAGIENNE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE DOUBLE MAILLAGE |  |
| **16** | ENDOPROTHESE OESOPHAGIENNE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE LARGE |  |
| **17** | ENDOPROTHESE OESOPHAGIENNE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE PARTIELLEMENT COUVERTE 20MM |  |
| **18** | ENDOPROTHESE BILIAIRE ET PANCREATIQUE METALLIQUE AUTOEXPANSIBLE COUVERTE AVEC ELECTROCAUTERISATION |  |
| **19** | ENDOPROTHESE PANCREATIQUE PLASTIQUE DROITE AVEC ERGOTS RX |  |
| **20** | ENDOPROTHESE PANCREATIQUE PLASTIQUE DROITE SANS ERGOTS RX |  |
| **21** | ENDOPROTHESE OESOPHAGIENNE COUVERTE RVO |  |
| **22** | ENDOPROTHESE TRACHEALE DROITE |  |
| **23** | ENDOPROTHESE TRACHEOBRONCHIQUE A BIFURCATION |  |

# 2 - Identification de l'acheteur

**Nom de l'organisme** : GHT Union Hospitalière de Cornouaille

**Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances :** M. Le Directeur du Centre Hospitalier de Cornouaille

**Ordonnateur :** M. Le Directeur du Centre Hospitalier de Cornouaille

**Comptable assignataire des paiements :** Trésorerie principale Quimper Centres Hospitaliers, Centres Hospitaliers

1 Allée du Dr Pilven

29107 Quimper cedex

# 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 6 mois 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 PROTHESES ENDOCANALAIRES** pour les établissements du GHT de l’Union Hospitalière de Cornouaille pour la période du 01/07/2025 (ou de sa date de notification si celle-ci est postérieure) jusqu'au 30/06/2028.

Etablissements concernés :

\* Centre Hospitalier de Cornouaille

\* Centre Hospitalier Michel Mazeas de Douarnenez

\* Hôtel Dieu de Pont L’Abbé - Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve

La présente consultation consiste principalement en :

\* Fourniture de dispositifs médicaux

Les caractéristiques et les quantités des produits, pour la durée du marché, sont précisées sur le Catalogue des besoins, partie intégrante du dossier de consultation. Les quantités indiquées correspondent à la moyenne consommée par les établissements pendant la durée du marché (36 mois).

Elles permettent au titulaire d'apprécier le volume de la consultation et sont données à titre indicatif, elles n'engagent pas contractuellement les établissements pour la période à venir.

Les prestations définies au CCAP font l'objet d'un seul lot.

## 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 (quantités maximum à hauteur de 800 % en plus des quantités estimées) 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.

# 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 |
| 33184000-3 | Prothèses |
| 33168000-5 | Appareils d'endoscopie et d'endochirurgie |

# 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**

La présente offre est acceptée **suivant la Décision du Pouvoir Adjudicateur en annexe**.

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

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

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur

Le Directeur du Centre Hospitalier de Cornouaille

**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 |  |  |  |