|  |
| --- |
| EFS_Filet |

|  |  |
| --- | --- |
| MARCHéS PUBLICS  **ACTE D’ENGAGEMENT[[1]](#footnote-1)** | ATTRI1 |

|  |
| --- |
| **A - Objet de la consultation et de l’acte d’engagement.** |

**◼** **A1 - Objet du marché public** :

**Consultation 2024EFS\_AURA371 – Fourniture de tubes de prélèvement sous vide**

**◼** **A2 - Code CPV principal** :

Le code CPV des fournitures du marché public est le suivant :

33141000-0 Consommables médicaux autres que chimiques à usage unique et consommables hématologiques.

**◼**  **A3 - Forme du marché public** :

**Code de la commande publique (CCP)**

* Accord-cadre avec exécution à bons de commande (de l’article R2162-1, R2162-2 .2ème alinéa, R2162-4 à 6, R2162-13 et R2162-14 du code de la commande publique)

**◼** **A4 - Cet acte d'engagement correspond** :

*(Le soumissionnaire coche les cases correspondantes.)*

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

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

*(Indiquer l’intitulé du ou des lots tel qu’il figure dans le règlement de la consultation ou le CCAP)*

à la totalité des lots *(en cas d’allotissement)*.

à l’offre de base.

|  |
| --- |
| **B - Engagement du soumissionnaire ou du groupement d’opérateurs économiques** |

## ◼ B1 - Identification et engagement du soumissionnaire ou du groupement d’opérateurs économiques :

*(Le soumissionnaire coche les cases correspondantes.)*

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public suivantes :

CCAP 2024EFS\_AURA371 et ses 2 annexes

CCAG FCS.

CCTP 2024EFS\_AURA371 et ses 3 annexes

Autres :……………………………………………………………………………………………

et conformément à leurs clauses,

Le signataire

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

*[Le soumissionnaire indique le nom commercial et la dénomination sociale, 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* ***SIREN/SIRET****]*

engage la société ……………………… sur la base de son offre ;

*[Le soumissionnaire indique le nom commercial et la dénomination sociale, 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* ***SIREN/SIRET****]*

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

*[Le soumissionnaire indique 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* ***SIREN/SIRET****.]*

**◼** **B2 - Identification du (ou des) sous-traitant(s) :**

En cas de présentation d’un ou de plusieurs sous-traitants, le soumissionnaire fournit à l’appui du présent acte d’engagement un DC4 pour chacun des sous-traitants.

**◼** **B3 - Prix :**

Le soumissionnaire s’engage sur la base de l’offre financière basée sur les prix indiqués dans l’annexe financière jointe au présent document,

Cet accord-cadre sera conclu sans montant minimum et avec seulement un montant maximum (article R.2162-4 2° du code de la commande publique), pour 48 mois fixé comme suit :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Intitulé du lot** | **Montant maximum HT pour 48 mois** |
| **Lot n°1** | **Tubes de prélèvement sous vide EDTA et secs** | **22 000 000 €** |
| **Lot n°2** | **Tubes de prélèvement sous vide citrate** | **500 000 €** |

**◼** **B4 – Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations :**

*(En cas de groupement d’opérateurs économiques.)*

Pour l’exécution du marché public, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(Le soumissionnaire coche la case correspondante.)*

Conjoint OU  solidaire

*(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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**◼** **B5 - Compte (s) à créditer :**

***Le soumissionnaire remplit ci-dessous le nom de l’établissement bancaire et le numéro de compte complet, il agrafe ci-après un ou des relevé(s) d’identité bancaire ou postal ; il vérifie que l’IBAN est clairement mentionné sur le document transmis.***

***Dans l’hypothèse de compte bancaire domicilié à l’étranger, le soumissionnaire transmet à l’EFS une domiciliation bancaire au format international SWIFT.***

*(En cas de groupement conjoint, joindre un d’identité bancaire ou postal pour chacun des membres du groupement)*

**** Nom de l’établissement bancaire :

**** Numéro de compte :

**◼** **B6– Régime fiscal lié aux fournitures et services objet du marché public**

*(Le soumissionnaire obtient l’information auprès de son service comptable).*

Le soumissionnaire a opté pour le régime des débits :  oui  non

Le soumissionnaire indique le taux de TVA applicable aux fournitures objets du marché publics : ………………………………

Le soumissionnaire indique, le cas échéant, son numéro d’agrément de formation continue : …………………………

Le cotraitant ……………. a opté pour le régime des débits :  oui  non

Le cotraitant ………… indique le taux de TVA applicable aux produits objets du marché : ………………………………

Le cotraitant …………. indique le cas échéant son numéro d’agrément de formation continue : …………………………

**◼** **B7 - Avance***(article R2191-5 CCP)* **:**

Je renonce au bénéfice de l'avance :  OUI  NON

*(Le soumissionnaire coche la case correspondante.)*

#### ◼ B8 - Durée du marché public :

Le marché public prendra effet à compter du 15 octobre 2025 ou à sa date de notification si elle est postérieure à celle-ci, pour une durée initiale de 12 mois. A l’issue de la première période, le marché public est reconductible tacitement 3 fois pour des périodes de 12 mois, selon les dispositions du CCAP.

**◼** **B9 - 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.

|  |
| --- |
| **C - Signature du marché public par le soumissionnaire, candidat individuel, ou, en cas groupement d’opérateurs économiques, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement.** |

**◼** **C1 – Signature du marché public par le candidat individuel :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.

**◼** **C2 – Signature du marché public en cas de groupement :**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *(article R.2142-24 CCP)*:

*(Le soumissionnaire indique le nom commercial et la dénomination sociale du mandataire).*

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(Le soumissionnaire coche la case correspondante.)*

conjoint OU  solidaire

Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement :

*(Le soumissionnaire coche la (ou les) case(s) correspondante(s).)*

pour signer le présent acte d’engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur public et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

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 :

*(Les membres du groupement cochent la case correspondante.)*

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur public 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 marché public ;

donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :

*(Donner des précisions sur l’étendue du mandat.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.

**Contact(s) du soumissionnaire (coordonnées des personnes chargées de la passation et de l’exécution du marché public : interlocuteur commercial, technique, qualité, administratif (facturation)) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom, prénom et fonction** | **Coordonnées téléphonique (numéro fixe, mobile, fax) et électronique (mail)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ATTENTION : si en cours de passation ou d’exécution du marché, ces adresses venaient à être modifiées, il revient au soumissionnaire de transmettre cette information à** [**aura.marches-publics@efs.sante.fr**](mailto:aura.marches-publics@efs.sante.fr)

|  |
| --- |
| D - Identification du (des) pouvoir(s) adjudicateur(s). |

#  D1 - Désignation du pouvoir adjudicateur :

1. Établissement Français du Sang
2. 20, Avenue du Stade de France
3. 93218 LA PLAINE SAINT DENIS CEDEX
4. Téléphone : 01 55 93 95 00
5. Télécopie : 01 55 93 96 02

**** **D2 - Nom, prénom, qualité du signataire du marché public :**

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

Monsieur le Président de l’Établissement Français du Sang (adresse identique)

**** **D3 - Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article R2191-60 du CCP (nantissements ou cessions de créances)*:***

Monsieur le Président de l’Établissement Français du Sang (adresse identique)

**** **D4 - Représentant du pouvoir adjudicateur pour l’exécution du marché public et ordonnateur des paiements** :

Monsieur le Président de l’Établissement Français du Sang (adresse identique)

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Établissements désignés ci-après :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Établissement** | **Adresse postale** | **N° SIRET** | **Téléphone** |
| PACA-Corse | 149 boulevard Baille  13392 Marseille Cedex 5 | 42882285200136 | 04 91 18 95 00 |
| Grand Est | 85/87 boulevard Lobau - CS 10720  54064 Nancy Cedex | 42882285202751 | 03 83 44 62 62 |
| Nouvelle-Aquitaine | Enora Park – Bâtiment 4 – 198 avenue du Haut Lévêque – CS 20020 – 33615 PESSAC Cedex | |  | | --- | | 42882285202900 | | 05 56 90 83 83 |
| Bourgogne - Franche Comté | 8 rue du Dr. Jean-François-Xavier Girod  BP 1937  25020 Besançon Cedex | 42882285200052 | 03 81 61 56 15 |
| Bretagne | Rue Jean-Pierre Gineste - BP 91614  35016 Rennes Cedex | 42882285200045 | 02 99 54 42 22 |
| Centre – Pays de la Loire | 50, avenue Marcel Dassault - BP 40661  37206 Tours Cedex 3 | 42882285202256 | 02 47 36 21 00 |
| Guadeloupe Guyane | Boulevard de l’Hôpital - BP 686  97171 Pointe-à-Pitre | 42882285202413 | 05 90 47 18 20 |
| Ile de France | 122-130, rue Marcel Hartmann  Léa Park bât. B  94200 Ivry sur Seine | 42882285201811 | 01 43 90 50 00 |
| La Réunion-Océan Indien | CHU Félix Guyon - Route de Bellepierre - BP 771  97475 Saint-Denis Cedex | 42882285200185 | 02 62 90 53 80 |
| Martinique | Rue du coup de main - CS 40511  97264 Fort-de-France Cedex | 42882285200177 | 05 96 75 79 00 |
| Hauts-de-France-Normandie | Parc Eurasanté  20 Avenue Pierre Mauroy  CS40121  59373 LOOS Cedex | 42882285203031 | 03 28 54 22 22 |
| Occitanie | Avenue de Grande Bretagne - BP 3210 31027 Toulouse Cedex 3 | 42882285200151 | 05 61 31 20 20 |
| Auvergne Rhône Alpes | 111 rue Elisée Reclus – CS20617  69153 DECINES-CHARPIEU Cedex | 42882285202884 | 04 78 65 60 61 |
| Siège | 20 avenue du Stade de France  93218 LA PLAINE SAINT DENIS Cedex | 42882285202140 | 01 55 93 95 00 |

** D5 - Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire** :

Monsieur l’Agent Comptable Principal (adresse identique)

Mesdames et Messieurs les Agents comptables secondaires des établissements locaux de l’Établissement Français du Sang désignés ci-dessus

** D6 – Imputation budgétaire** : Budget propre de l’EFS

#### E – Décision du (des) pouvoir(s) adjudicateur(s).

**La présente offre est acceptée**

en ce qui concerne la totalité du marché public ou, en cas de marché alloti, la totalité des lots

en ce qui concerne les lots ci-après seulement : ……………………………………………..

*(Indiquer les lots pour lesquels le candidat est retenu)*

Elle est complétée par les annexes suivantes :

Annexe n° … Lettre de candidature et habilitation du mandataire par ses co-traitants (ou DC1)

Annexe n°… relative aux demandes de précisions ou de compléments sur la teneur des offres (ou OUV6-

OUV7) ;

Annexe n°… relative à la mise au point du marché (ou OUV11) ;

Autres annexes *(À préciser)* ;

**Avis du Contrôleur Général Économique et Financier :**

Fait à Saint Denis, le

Numéro d’avis :

A Saint Denis, le …………………

Signature

*(Représentant du pouvoir adjudicateur habilité à signer le marché public)*

|  |
| --- |
| **F – Notification du marché public au titulaire** |

**◼ *En cas de remise contre récépissé*** :

Le titulaire signera la formule ci-dessous :

« *Reçu à titre de notification une copie du présent marché* *public* » :

A …………………………….……, le ………………………..

Signature du titulaire

**◼ *En cas d’envoi dématérialisé par PLACE / en cas d’envoi par courrier recommandé avec avis de réception postal :***

Coller dans ce cadre l'avis de réception PLACE / avis de réception postal :

1. Formulaire non obligatoire disponible, avec sa notice explicative, sur le site du ministère chargé de l’économie. [↑](#footnote-ref-1)