**MARCHES PUBLICS DE FOURNITURES COURANTES ET SERVICES**

ACTE D'ENGAGEMENT

**A- Objet de l'accord-cadre**

**Affaire n°25HA0030 –** **Prestation de transports d’équipes chirurgicales, transports d’organes et de greffes et/ou matériels lors des prélèvements et transports d’enfants AFT**

Appel d'offres ouvert en application des articles R2161-2 à R2161-5 du Code de la commande publique.

**B- Identification du pouvoir adjudicateur**

**Pouvoir adjudicateur :** CHU d’AMIENS PICARDIE (Etablissement support)

**Adresse**

CHU d’AMIENS PICARDIE

1 rond-point du Professeur Christian Cabrol

80054 AMIENS cedex

**Téléphone :** 03.22.08.86.30

**Courriel :** [direction.achats-ght@chu-amiens.fr](mailto:direction.achats-ght@chu-amiens.fr)

**Adresse internet :** <https://www.marches-publics.gouv.fr>

**LOT N°……**

**C- Contractant(s)**

***Signataire***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ................................................................................................. |
| Prénom : | ................................................................................................. |
| Qualité : | ................................................................................................. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Signant pour mon propre compte |
|  | Signant pour le compte de la société |
|  | Signant pour le compte de la personne publique prestataire |

***Et***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Agissant en tant que prestataire unique | | | | | | | |
|  | Agissant en tant que membre du groupement défini ci-après | | | | | | | |
|  | | Solidaire | | Conjoint |
|  | En cas de groupement conjoint, agissant en tant que mandataire défini ci-après | | | | | | | |
|  | | Solidaire | Conjoint | |

***Prestataire individuel ou mandataire du groupement***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
|  | ......................................................................................................... |
|  | ......................................................................................................... |
|  | ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce : | ......................................................................................................... |
| Ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

***En cas de groupement, cotraitant n°1***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n°2***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n°3***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n°4***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
|  | ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Engagement,*** *a*près avoir pris connaissance des documents constitutifs du marché listés dans le CCAP n°25HA0030.

**Je m'engage (nous nous engageons) sans réserve, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après,**

Je m'engage (ou j'engage le groupement dont je suis mandataire), sur la base de mon offre (ou de l'offre du groupement), exprimée **en euros**, réalisée sur la base des conditions économiques **du mois précédant le mois de remise des offres** (juin 2025).

L'offre ainsi présentée me lie pour une durée de **180 jours** à compter de la date limite de remise des offres.

**D- Prix**

Il s’agit d’un accord-cadre mono-attributaire à bons de commande sans minimum et avec un montant maximum de 1 800 000 euros HT au sens des articles R2162-4, R2162-13 et R2162.14 du code de la commande publique, sur toute la durée du marché (soit 48 mois, périodes de reconduction comprises) tous lots confondus.

Le montant maximum se décompose comme suit :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lots | Montants maximums par période | Montants maximums sur 48 mois |
| Lot 1 – CHU Amiens Picardie | 250 000 € HT | 1 000 000 € HT |
| Lot 2 – CH d’Abbeville | 200 000 € HT | 800 000 € HT |

Les lots sont mono-attributaire.

Il est passé à prix unitaires révisables selon les modalités indiquées dans l’article 4.3 du CCAP.

Les prix sont définis au bordereau des prix unitaires annexé au présent acte d’engagement.

Les variantes ne sont pas autorisées.

## E- Durée de l'accord-cadre

L’accord-cadre est passé pour une première période ferme de 12 mois à compter de la date de réception de la notification par le titulaire. Celui-ci est reconductible tacitement 3 fois et pour une durée maximale (période initiale et reconductions successives) de 48 mois.

Le titulaire de l’accord-cadre ne pourra pas refuser la reconduction en vertu des dispositions de l’article R2112-4 du Code de la commande publique.

Le CHU Amiens Picardie se réserve le droit de ne pas reconduire l’accord-cadre. En cas de non reconduction de l’accord-cadre, une lettre recommandée sera adressée par tout moyen attestant de la date et de l’heure de réception au plus tard 2 mois avant la fin de la période considérée (la date d’anniversaire de la réception de la notification par le titulaire de l’accord-cadre.)

L’émission des bons de commande ne peut intervenir que pendant la durée de validité de l’accord-cadre et pour une durée ne pouvant excéder 3 mois.

**F- Paiement**

**F1- Désignation du compte à créditer**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire** | **Etablissement** | **Agence** | **Compte** | **Banque** | **Guichet** | **Clé** |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… | …………… | …………… | …. |

**F2- Avance**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Accepte l’avance (5%) si le montant initial du bon de commande est supérieur à 50 000€ HT |  | Refuse l’avance |

**A …………………………… , le ……………**

**Signature du (des) prestataire(s) :**