|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ACCORD CADRE**  **DE FOURNITURES COURANTES ET SERVICES**  ACTE D'ENGAGEMENT |  |

*Cadre réservé à l’acheteur*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACCORD CADRE N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MONTANT (€ HT)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LOT(S) N°** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **à (nom du titulaire)** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE de NOTIFICATION** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ou DATE de DÉBUT** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

**Partie 1 - ACTE D’ENGAGEMENT**

**A- Objet de l’acte d’engagement**

** Objet de l’accord cadre :**

Appel d’offre ouvert passé en application des articles L2124-2 1°, R2161-2 à R2161-5 du Code de la commande publique

**Prestations de travail temporaire et de placement de personnel paramédical et médico-administratif pour les établissements du GHT 78 Sud**

**Un acte d’engagement à remplir par lot**

** Cet acte d'engagement correspond :**

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

à l’ensemble de l’accord cadre

*à* l’offre de base

1. au (x) lot (s) (cochez le (s) lot (s) concerné(s) par la soumission)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lots | Intitulé du lot | Cochez | Etablissement (s) concerné (s) |
| Lot 1 | Personnel de bloc opératoire et anesthésie (IDE, IBODE, IADE) |  | Tous les établissements parties au GHT |
| Lot 2 | Métiers de la rééducation |  | Tous les établissements parties au GHT |
| Lot 3 | Personnel paramédical et médico-administratif (hors IBODE et IDE spécialisée Bloc opératoire, IADE, et métiers de la rééducation) |  | Tous les établissements parties au GHT |

**B- Engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

** Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

Après avoir pris connaissance des éléments constitutifs de l’accord cadre listés dans le Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP), et conformément à leurs clauses

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

Le signataire

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

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

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, 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 SIRET, etc.)*

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

ou

engage, sans réserve, la société ci-dessous sur la base de son offre

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, 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 SIRET, etc.)*

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

ou

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

*(indiquer 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 SIRET, etc.)*

***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 : | ......................................................................................................... |

***Opérateur économique n° 1***

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

***Opérateur économique n° 2***

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

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

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

aux prix indiqués ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Montant hors TVA | ........................................... euros |
| Montant de TVA Taux de TVA (...............%) | ........................................... euros |
| Montant TVA incluse | ........................................... euros |

***Montant global HT*** *de la solution de base (en lettres)*

...............................................................................................................................................................................................................................................................

***Montant global TTC*** *de la solution de base (en lettres)*

...............................................................................................................................................................................................................................................................

ou

**aux prix indiqués dans l’annexe financière (BPU-DQE) jointe au présent document.**

** Identification de l’organisme de facturation (Si différent du Titulaire)**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| .........................................................................................................  ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Commune : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |

Cette rubrique est à compléter afin d’éviter des rejets de facture dans l’outil CHORUSPRO.

** Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations**

Pour l’exécution de l’accord cadre, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation des membres**  **du groupement conjoint** | **Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint** | |
| **Nature de la prestation** | **Montant HT**  **de la prestation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

** Compte(s) à créditer**

*(compléter et joindre un(des) relevé(s) d’identité bancaire)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire** | **Etablissement** | **IBAN** | **BIC** |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… |

** Délais de paiement**

L’établissement Bénéficiaire est un établissement de santé : le délai de paiement est de 50 (cinquante) jours à compter de la date de réception de la facture. Le paiement s’effectuera par mandat administratif.

** Avance**

L’accord-cadre-en lui-même ne permet pas le paiement d’une avance.

** Voies et délais de recours**

Tout litige né de l’exécution de la prestation est du ressort du**:**

Tribunal Administratif de Versailles - Greffe du Tribunal Administratif de Versailles

56, avenue de Saint-Cloud - 78011 VERSAILLES

Téléphone : 01 39 20 54 00 - Fax: 01 39 20 54 87

Courriel : greffe.ta-versailles@juradm.fr

Adresse internet : <http://www.ta-versailles.juradm.fr>

** Durée totale de l’accord-cadre ;**

La durée de l’accord-cadre est de **douze** **(12) mois** et pourra débuter à compter du **28/07/2025 ou à compter de la notification si celle-ci est ultérieure.** Il est reconductible trois (3) fois pour une période de douze (**12) mois** par tacite reconduction.

La durée maximale de l’accord-cadre est de quarante-huit **(48) mois**.

L’accord-cadre débutera à compter de :

la date de notification du marché ou de l’accord-cadre ;

la date de notification de l’ordre de service ;

la date de début d’exécution prévue par le marché pourra être le **28/07/2025** ou de la date de notification du marché ou de l’accord si celle-ci est ultérieure,

L’accord cadre est reconductible :  NON  OUI

Si oui, préciser :

* Reconduction :  expresse ou  tacite
* Nombre des reconductions : trois (3)
* Durée des reconductions : douze (12) mois
* La durée maximale de l’accord-cadre est de **48 mois**.

**C- Signature de l’accord cadre par le titulaire individuel ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement**

** Signature de** **l’accord cadre par le titulaire individuel ou mandataire du groupement**

**Interdictions de soumissionner**

**Le candidat individuel, ou chaque membre du groupement, déclare sur l’honneur :**

**a) n’entrer dans aucun des cas d’interdiction de soumissionner prévus aux articles L.2141-1 à L.2141-5 et L.2141-7 et à L.2141-11 du Code de la Commande Publique;**

**b) être en règle au regard des articles L.5212-1 à L.5212-11 du Code du Travail concernant l’emploi des travailleurs handicapés.**

**Afin d’attester que le candidat individuel, ou chaque membre du groupement, n’est pas dans un de ces cas d’interdiction de soumissionner, cocher la case suivante :**  *(à cocher par le candidat)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature et cachet de l’entreprise** |
|  |  |  |

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

** Signature de l’accord cadre en cas de groupement**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *:*

**Raison sociale :** …………………………………………………………………………………………

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

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

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 ;

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

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures de l’accord cadre;

*(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 :

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 de l’accord cadre;

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 et cachet de l’entreprise** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**D- Identification de l’acheteur public**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acheteur – Etablissement support du GHT Yvelines Sud** | **Centre Hospitalier de Versailles** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse** | Hôpital André-Mignot  177, rue de Versailles  78157 Le Chesnay cedex |
| **Téléphone** | 01.39.63.91.33 |
| **Télécopie** | 01.39.54.48.89 |
| **Site internet**  **Profil acheteur** | <http://www.ch-versailles.fr>  <https://www.marches-publics.gouv.fr/> |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signataire de l’accord cadre (prénom, nom et qualité)** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article R2191-59 du Code la Commande Publique** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Comptable assignataire (désignation, adresse et numéro de téléphone)** | Trésorerie des établissements hospitaliers du GHT 78 sud  12, rue de l’Ecole des Postes  78012 Versailles Cedex |
| **Imputation budgétaire** |  |

** Le présent accord cadre** est conclu par l’établissement support désigné par la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) en date du 30 juin 2016.

** L’établissement support** agit :

pour son propre compte uniquement

pour son propre compte et le compte des établissements désignés ci-dessous :

-Centre Hospitalier de Versailles

-Centre Hospitalier de Plaisir

-Centre Hospitalier de Rambouillet

-Centre Hospitalier de la Mauldre

-Hôpital Le Vésinet

-Hôpital Gérontologique Philippe Dugué de Chevreuse

-Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion

-Hôpital de Houdan

-EHPAD Les Aulnettes de Viroflay

pour l’(les) établissement(s) désigné(s) à l’annexe de l’acte d’engagement dans le cadre du GHT

**E- Décision de l’acheteur public**

*Partie réservée à l’acheteur*

**La présente offre est acceptée :**

Avec sa solution de base

Avec sa prestation supplémentaire éventuelle

Elle est complétée par les annexes suivantes :

Annexe relative à la désignation des établissements concernés par l’exécution du contrat

Annexe financière *(à préciser)* : BPU

RIB

Autres annexes *(à préciser)* :

Le Chesnay, le

Pascal BELLON

Le Directeur Général

Centre Hospitalier de Versailles, établissement

support du GHT Yvelines Sud

**H- Notification**

Par avis de réception postal (joint au présent acte d’engagement)

Par avis de réception électronique reçu via le profil acheteur

Signé par le titulaire, ou exemplaire remis sur place

**I- Nantissement ou cession de créance**

**Copie délivrée en unique exemplaire** pour être remise à l'établissement de crédit ou au bénéficiaire de la cession ou du nantissement de droit commun.

Le Chesnay, le

Pascal BELLON

Le Directeur Général

Centre Hospitalier de Versailles, établissement

support du GHT Yvelines Sud