

ACTE D'ENGAGEMENT

# I - IDENTIFICATION DE L’ACHETEUR PUBLIC

**A- NOM ET ADRESSE DE L’ACHETEUR PUBLIC :**

### ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)

55 Boulevard DIDEROT, CS 22305, 75610 Paris CEDEX 12

AP-HP. Centre – Université Paris Cité

Hôpitaux Broca La Collégiale • Cochin • Corentin Celton • HEGP •  Hôtel-Dieu • Necker-Enfants malades • Vaugirard •

Lieu d’exécution :

HOPITAL COCHIN : 27 rue du Faubourg Saint-Jacques 75014 PARIS

**B- STATUT :**

Etablissement Public de Santé

**C- NOM, PRENOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE ET POUVOIR ADJUDICATEUR :**

**Par délégation Monsieur Didier FRANDJI**, **Directeur général du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP. Centre - Université Paris Cité,** par arrêté directorial n° 75-2022-07-08-00005 du 08 juillet 2022.

Par délégation, son représentant nommément désigné par l’arrêté n°75-2024-11-26-00018 en date du 4 décembre 2024

**D- DESIGNATION DE LA PERSONNE HABILITEE A DONNER LES RENSEIGNEMENTS prévus aux articles R.2191-46 à 63 du Code de la Commande Publique :**

**Par délégation Monsieur Didier FRANDJI, Directeur Général du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP. Centre Université Paris Cité**, par arrêté directorial n°75-2022-07-08-00005 du 8 juillet 2022

Par délégation, son représentant nommément désigné par l’arrêté n°75-2024-11-26-00018 en date du 4 décembre 2024

Désignation, adresse, du comptable assignataire chargé des paiements :

Le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l'AP-HP - 4 rue de la Chine, 75020 Paris

# II – OBJET DU MARCHE (Rubrique réservée à l’Administration)

Marché à procédure adaptée n° …………….. pour la fourniture d’un ensemble stérile poche et tubulures pour le service de pharmacie du Groupe hospitalo-Universitaire APHP. Centre – Université Paris Cité– Site Cochin, de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Marché fractionné sous la forme d’un accord cadre à bons de commande, passé en application des articles R 2123-(1à7) du Code de la Commande Publique

Le marché porte sur un lot unique.

# III – ENGAGEMENT DU CANDIDAT (à remplir par le candidat)

Nom, prénom et qualité du signataire du marché :

Adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, courriel :

❑ agissant pour le compte de :

(Indiquer le nom de la société, l'adresse, le numéro de SIRET le cas échéant, Registre du Commerce, numéro et ville d'enregistrement et le code APE)

❑ agissant en tant que mandataire ❑ (1) du groupement solidaire ❑ (2) du groupement conjoint

en tant que ❑ Mandataire solidaire ❑ Mandataire non solidaire

Après avoir pris connaissance du **cahier des clauses particulières (CCP) n° 25-DU103CCH** et des documents qui y sont mentionnés, et après avoir établi les déclarations et attestations prévues aux articles R. 2142-(1 à 3) et R.2143-(3 à 16) du code de la commande publique en vigueur :

Je m'engage sans réserve, à livrer les fournitures ou à exécuter les prestations demandées aux conditions de **prix indiquées en annexe** du présent acte d'engagement, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus.

Je m'engage ou j'engage le groupement dont je suis le mandataire, sur la base de mon **offre** ou de l'offre du groupement **annexée** et exprimée en Euros.

**- Mode de règlement :** virement

**- Compte à créditer :**

❑ Compte du titulaire

❑ Compte d’un des membres du groupement: *les paiements du présent marché seront effectués sur le compte ouvert au nom de la société …………. habilitée à percevoir l’ensemble des règlements du groupement*.

❑ Compte d’une société avec mandat: *la société ……….. percevra l’ensemble des règlements afférents au présent marché, pour le compte de la société ……….. ou du groupement …………, dans le cadre d’une convention de mandat relevant de l’article 1984 du code civil.*

**Dans tous les cas préciser [[1]](#footnote-1)**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Banque: | Compte : |  | Code guichet : |

Code banque : Clé

**Et joindre un relevé d’identité bancaire**

- Bénéfice de l’avance :

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 je renonce au bénéfice de l’avance | ❑ je ne renonce pas au bénéfice de l’avance |

**- Délai d’exécution :** pour une période de quatre (4) ans avec prise d’effet à compter de la date de notification du marché.

**- Durée de la validité de l'offre** **:** cet engagement me lie pour la durée de validité des offres indiquée dans la lettre de la consultation.

- **Origines des fournitures** **:**

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ Pays de l’Union Européenne, France comprise | |
| ❑ Pays membre de l’Organisation Mondiale du Commerce signataire de l’accord sur les marchés publics (Union Européenne exclue) | |
| ❑ Autre | |
|  | A , le |
| **le candidat[[2]](#footnote-2)** (représentant habilité pour signer le marché) |

# IV – REPONSE DE L’ADMINISTRATION (rubrique réservée à l’administration)

**A- LA PRESENTE OFFRE EST ACCEPTEE EN CE QUI CONCERNE LE OU LES LOTS CI-APRES :**

Fourniture d’un ensemble stérile poche et tubulures pour le service de pharmacie du Groupe hospitalo-Universitaire APHP. Centre – Université Paris Cité – Site Cochin, de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

La présente offre est acceptée en euros, unité monétaire d'exécution du marché et de tous les actes qui en découlent.

**B- MONTANT DU MARCHE POUR SA DUREE (4 ANS) arrêté conformément au 1.2 du CCP :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant maximum HT : ……… euros HT** | Montant TTC : ……… euros TTC) TVA 20% |
| Montant maximum hors taxes exprimé en toutes lettres : ………………….. | |

La société titulaire du présent marché émettant des factures depuis un autre Etat membre de l'Union Européenne, tout bon de commande adressé au titulaire du présent marché par les établissements de l’AP-HP sera établi pour un montant hors taxes, de plus, le numéro individuel d’identification pour les opérations intracommunautaires de l’AP-HP devra impérativement y figurer.

Ce numéro est le suivant : FR95267500452.

Le titulaire devra, quant à lui, obligatoirement faire figurer son numéro d’identification fiscal individuel intracommunautaire sur ses factures.

**C- PERIODE DE VALIDITE DU MARCHE :**

Le marché est conclu pour une période de quatre (4) ans à compter de sa date de notification.

D- AUTRES PRECISIONS :

* Caractère des prix : unitaires
* Régime des prix : révisable
* Mois M0 : mois dépôt de l’offre : MAI 2025
* Délai maximum de paiement – taux des intérêts moratoires :

Le Pouvoir Adjudicateur s’engage sur un délai maximum de 50 jours. En cas de dépassement de ce délai contractuel, Le défaut de paiement dans ce délai fait courir de plein droit, et sans autre formalité, des intérêts moratoires au bénéfice du titulaire ou du sous-traitant payé directement. Le taux appliqué est égal au taux d’intérêt de la banque centrale européenne en vigueur au premier jour du semestre de l’année civile au cours duquel les intérêts moratoires ont commencé à courir, majoré de 8 points.

**E- LE PRESENT ACTE D’ENGAGEMENT COMPORTE LES ANNEXES ENUMEREES CI - APRES :**

- Offre de prix datant du …….

A Paris, le

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Le Directeur Général de l’AP-HP et par délégation permanente  Le Directeur Général du Groupe Hospitalo-Universitaire  AP-HP. Centre – Université Paris Cité  Par délégation  **Mme Aude BOILLEY-RAYROLES** | |

IMPUTATION BUDGETAIRE : Section 90- Compte

Code article : 10503466

Code CPV : 33140000-3 GHA : 018644

Exercice budgétaire : 2025, 2026, 2027, 2028 ,2029

MARCHE NOTIFIE AU TITULAIRE***[[3]](#footnote-3)*** LE :

# V – CADRE POUR LA FORMULE DE NANTISSEMENT

# OU DE CESSION DE CREANCE[[4]](#footnote-4) (rubrique réservée à l’administration)

MARCHE n° :

OBJET :

Fourniture d’un ensemble stérile poche et tubulures pour le service de pharmacie du Groupe hospitalo-Universitaire APHP. Centre – Université Paris Cité– Site Cochin, de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

DATE D’EFFET DU MARCHE, le :

MONTANT HT DU MARCHE : €

MONTANT TTC DU MARCHE : €

**Copie certifiée conforme à l’original délivrée en unique exemplaire** pour être remise à l’établissement de crédit en cas de cession de créance ou de nantissement de créance consenti conformément à la loi n°81-1 du 2 janvier 1981 modifiée, facilitant le crédit aux entreprises.

A Paris, le

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Le Directeur Général de l’AP-HP et par délégation permanente  Le Directeur Général du Groupe Hospitalo-Universitaire  AP-HP. Centre – Université Paris Cité  Par délégation  Mme Aude BOILLEY-RAYROLES | |
|  |

**ANNEXE FINANCIERE**

**Consultation 25-DU103CCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignation** | **Référence** | **Base de détermination des prix** | | **Remise sur le tarif** | **PU HT remise déduite** | **Quantité** | **Prix total HT** | **Prix total TTC** |
| **Date tarif** | **PU HT tarif** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Prix unitaire forfaitaire (\*)** |  |
|  |  |  |  |  |  | **1** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **et/ou** |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Prix dégressif (\*)** |  |
|  |  |  |  |  |  | **<500** |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **≥ 500 < 600** |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **≥ 600 < 700** |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **≥ 700 < 800** |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **≥ 800 < 900** |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **≥ 900 < 1000** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Informations complémentaires : (\*) Prenant en compte les frais de port et conditionnement.**

**Fabricant et lieu de fabrication :**

**Taux de TVA :**

**N° de marquage CE :**

**Conditionnement :**

**Date :**

**Signature et cachet de la société précédée du nom du signataire**

**Minimum de commande :**

**Délai de livraison :**

**Date de péremption du produit :**

**Durée de vie garantie du produit sur le site :**

**(de la réception à la fin de la date d’utilisation)**

1. Même si le recouvrement des créances est assuré par une société d'affacturage, figure à l’AE le compte du titulaire ; celui de la société d’affacturage est à porter sur chaque facture [↑](#footnote-ref-1)
2. **Date et signature originales – En cas de groupement, signature par tous les membres du groupement**. [↑](#footnote-ref-2)
3. La notification transforme le projet de marché en marché et consiste en la remise d’une photocopie certifiée conforme du marché au titulaire. Lors de la remise, opérée par lettre recommandée avec accusé de réception, **l’administration conserve avec le marché original, l’avis de réception postal** daté et signé par le titulaire. [↑](#footnote-ref-3)
4. A remplir par l’administration (pouvoir adjudicateur compétent pour signer le marché) en original sur une photocopie. [↑](#footnote-ref-4)