

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT (AE)** |

**MARCHÉ PUBLIC DE MAÎTRISE D'OEUVRE**

|  |
| --- |
| **20250043001000 MAPA Mission d’assistance technique pour le réaménagement de locaux existants pour création d’un espace de consultation externe** |

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Etablissement support des Hôpitaux Hainaut Cambrésis

Pôle Services – Cellule des marchés publics

Avenue Désandrouin – B.P. 479

59322 VALENCIENNES Cedex

|  |
| --- |
| 1 - Identification de l'acheteur |

## 1.1 - Pouvoir adjudicateur

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Etablissement support des Hôpitaux Hainaut Cambrésis

Monsieur Nicolas SALVI, Directeur général

Avenue Désandrouin

59322 VALENCIENNES Cedex

## 1.2 - Etablissements concernés par le marché public

Centre Hospitalier d’Avesnes-Sur-Helpe

Centre Hospitalier de Denain

Centre Hospitalier de Felleries-Liessies

Centre Hospitalier de Fourmies

Centre Hospitalier de Hautmont

Centre Hospitalier de Jeumont

Centre Hospitalier de Le Quesnoy

Centre Hospitalier de Maubeuge

Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux

Centre Hospitalier de Valenciennes

## 1.3 - Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Pôle logistique – Cellule des marchés publics

Avenue Désandrouin – B.P. 479

59322 VALENCIENNES Cedex

## 1.4 - Comptable assignataire des paiements

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les Centres Hospitaliers de Valenciennes, Denain, Saint-Amand-Les-Eaux et Le Quesnoy : Trésorerie hospitalière  57, avenue Désandrouin  B.P. 10421  59322 VALENCIENNES Cedex  Services dépenses :  Tél : 03 27 45 49 48  Fax : 03 27 30 24 09 | Pour les Centres Hospitaliers de Maubeuge, Jeumont, Hautmont, Felleries-Liessies, Fourmies et Avesnes-sur-Helpe : Trésorerie de Maubeuge municipale  Rue de l’ancien Pont rouge  C.S. 50500  59 607 MAUBEUGE Cedex  Services dépenses :  Tél : 03 27 53 84 18  Fax : 03 27 53 84 39 |

|  |
| --- |
| 2 - Identification du titulaire |

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public indiquées à l'article "documents contractuels" du cahier des clauses administratives particulières (CCAP) et conformément à leurs stipulations ;

## 2.1 - En cas de réponse individuelle

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Le signataire, | |
|  | |  |  | |
| M / Mme | | |  | |
| Agissant en qualité de | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | s'engage sur la base de son offre et pour son 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 |  |

## 2.2 - En cas groupement d’opérateurs économiques

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 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 du mandataire |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

S'engage, au nom des membres du groupement, sur la base de l'offre du groupement, dont les membres sont   
 listés en annexe n°3 (l’annexe est à compléter obligatoirement)

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

|  |
| --- |
| 3 - Dispositions générales |

## 

## 3.1 - Objet

La présente consultation concerne la mission d’étude et de suivi pour Mission d’assistance technique pour le réaménagement de locaux existants pour création d’un espace de consultation externe pour le Centre Hospitalier d’Avesnes.

Cet acte d’engagement (AE) correspond :

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

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

**Objet du lot :**

1. à l’offre de base ;

à la variante suivante :

## 3.2 - Mode de passation

La procédure de passation utilisée est la procédure adaptée ouverte. Elle est soumise aux dispositions des articles   
L. 2123-1 et R. 2123-1 1° du code de la commande publique.

## 3.3 - Forme du contrat

## 

Marché ordinaire.

|  |
| --- |
| 4 - Prix |

Le coût prévisionnel des travaux est fixé à 2 100 000,00 € HT.

Le forfait de rémunération est définitif. Il est fixé à :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant HT | : |  | ............................................................................... | Euros |
| TVA (taux de ..........%) | : |  | ............................................................................... | Euros |
| Montant TTC | : |  | ............................................................................... | Euros |
| Soit en toutes lettres | : |  | ........................................................................................................ | |

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

Le titulaire s'engage à ne percevoir aucune autre rémunération d'un tiers au titre de la réalisation de l'opération objet du présent contrat ou de ses Avenants.

|  |
| --- |
| 5 - Durée |

L'exécution des prestations débute à compter de l’Ordre de Service de démarrage.

La durée prévisionnelle des travaux est de 12 mois puis 12 mois pendant la période de GPA.

Comme précisé dans le CCTP, la notification du marché de travaux est prévue fin Avril. Devant le caractère prioritaire du projet clairement explicité, le centre hospitalier du Pays d’Avesnes souhaite s’assurer que le candidat retenu aura pris l’ensemble des mesures nécessaires pour accompagner le CH dans les meilleures conditions et au plus tôt.

En complément, les candidats sont informés que les ressources nécessaires pour démarrer la mission (hors étude approfondie) et respecter le planning prévisionnel (cf. DCE du marché de travaux) devront être mises à disposition au plus tard 20 jours après la notification du marché de travaux.

|  |
| --- |
| 6 - Paiement |

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des travaux en faisant porter le montant au crédit du compte suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire du compte |  |
| Domiciliation |  |
| Code banque |  |
| Code guichet |  |
| N° de compte |  |
| Clé RIB |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |

***\* Relevé d’identité bancaire (RIB) à joindre.***

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 cahier des clauses administratives particulières (CCAP) s'appliquent.

Les sommes dues au titulaire seront payées dans un délai global de 50 jours à compter de la date de réception des demandes de paiement.

|  |
| --- |
| 7 - 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.

|  |
| --- |
| 8 - Signature |

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT/MANDATAIRE**

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation du présent marché public 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.

Fait en un seul original

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

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

**Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement**

En cas de groupement :

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 ;

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

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 du présent marché public ;

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom et qualité  du signataire | Lieu et date de signature | Signature |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE POUVOIR ADJUDICATEUR**

Le montant global de l'offre acceptée par le pouvoir adjudicateur est porté à :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MONTANT HT | MONTANT TTC | RETENUE/ACCEPTEE |
| Forfait de rémunération |  |  |  |

Taux de TVA : 20 %

La présente offre est acceptée.

À **Valenciennes**,

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

Signature du pouvoir adjudicateur

**Monsieur Fabrice DECOURCELLES**

Directeur Pôle Services

**ANNEXE N° 1 : RÉPARTITIONS DES HONORAIRES**

Forfait de rémunération : ............................. Euros H.T.

Taux de rémunération : ............ %

Coût prévisionnel des travaux : 2 100 000,00 € HT

Les pourcentages de chaque élément de mission sont les suivants :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Eléments de mission | Total sur honoraire % | Total global HT | Répartition par cotraitant | | | | | | Part de | Part de | Part de | Part de | Part de | | Prise de connaissance approfondie du dossier |  |  |  |  |  |  |  | | VISA |  |  |  |  |  |  |  | | OPC |  |  |  |  |  |  |  | | DET |  |  |  |  |  |  |  | | AOR |  |  |  |  |  |  |  | | TOTAL | 100.0 % |  |  |  |  |  |  | |

# ANNEXE N° 2 : COÛTS JOURNALIERS SERVANT DE BASE AUX MODIFICATIONS DU MARCHÉ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cotraitants | Nature de l'intervenant | | | |
| Préciser la qualité de l’intervenant Direction / Chef de projet / Assistant – Technicien / Autres  (Montant journée) | Préciser la qualité de l’intervenant Direction / Chef de projet / Assistant – Technicien / Autres  (Montant journée) | Préciser la qualité de l’intervenant Direction / Chef de projet / Assistant – Technicien / Autres  (Montant journée) | Préciser la qualité de l’intervenant Direction / Chef de projet / Assistant – Technicien / Autres  (Montant journée) |
|  | € HT | € HT | € HT | € HT |
|  | € HT | € HT | € HT | € HT |
|  | € HT | € HT | € HT | € HT |
|  | € HT | € HT | € HT | € HT |
|  | € HT | € HT | € HT | € HT |
|  | € HT | € HT | € HT | € HT |

# ANNEXE N° 3 : 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° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
| Dénomination sociale : ………………………………………………………………………….  SIRET : ……………….…………………….…. Code APE : ……………………………………..  N° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
| Dénomination sociale : ………………………………………………………………………….  SIRET : ……………….…………………….…. Code APE : ……………………………………..  N° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
|  | Totaux |  |  |  |

***\* Relevé d’identité bancaire (RIB) à joindre.***