

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT** |

**MARCHÉ PUBLIC DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES**

|  |
| --- |
| **Maintenance biomédicale globale préventive et curative des équipements biomédicaux avec mise à disposition sur site de techniciens** |

Cadre réservé à l'acheteur

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRAT N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTIFIE LE** |  | ....... ....... / ....... ....... / ....... ....... ....... ....... |

**Pouvoir adjudicateur :**

Centre Hospitalier Alpes Léman

Etablissement support du GHT Léman - Mont-Blanc

558 route de Findrol

BP 20500

74130 CONTAMINE SUR ARVE

**Etablissements parties bénéficiaires :**

Centre Hospitalier Alpes Léman

Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc

**SOMMAIRE**

[1 - Identification de l'acheteur 3](#_Toc195610607)

[2 - Identification du co-contractant 3](#_Toc195610608)

[3 - Dispositions générales 5](#_Toc195610609)

[3.1 - Objet 5](#_Toc195610610)

[3.2 - Mode de passation 6](#_Toc195610611)

[3.3 - Forme de contrat 6](#_Toc195610612)

[4 - Prix 6](#_Toc195610613)

[5 - Durée du marché 6](#_Toc195610614)

[6 - Paiement 6](#_Toc195610615)

[7 - Avance 8](#_Toc195610616)

[8 - Nomenclature(s) 8](#_Toc195610617)

[9 - Signature 9](#_Toc195610618)

[ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS 11](#_Toc195610619)

# 1 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : Centre Hospitalier Alpes Léman, établissement support du GHT Léman - Mont-Blanc

Pour le compte de :

Centre Hospitalier Alpes Léman

Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances :

Monsieur le Directeur / Madame la Directrice de chaque établissement bénéficiaire

Auprès de : cellule juridique des contrats : [achats\_publics\_ght@ch-alpes-leman.fr](mailto:achats_publics_ght@ch-alpes-leman.fr)

Ordonnateur : Monsieur le Directeur / madame la Directrice de chaque établissement bénéficiaire

Comptable assignataire des paiements :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Établissement** | **Comptable assignataire** | **Adresse** | **Téléphone** | **Mail** |
| **Centre Hospitalier Alpes Léman** | M. Le Trésorier / Mme La Trésorière | Trésorerie du Centre Hospitalier Alpes Léman  558 route de Findrol – CS 50064  74130 CONTAMINE SUR ARVE | 04 80 97 60 00 | [t074050@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:t074050@dgfip.finances.gouv.fr) |
| **Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc** | M. Le Trésorier / Mme La Trésorière | Trésorerie Hospitalière de la Roche-sur-Foron  1 place Andrevetan  74805 LA ROCHE SUR FORON cedex | 04 50 03 26 85 | [t074021@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:t074021@dgfip.finances.gouv.fr) |

# 2 - Identification du co-contractant

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché indiquées à l'article "pièces contractuelles" du Cahier des clauses administratives particulières qui fait référence au CCAG - Fournitures Courantes et Services et conformément à leurs clauses et stipulations ;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Le signataire (Candidat individuel), | | |
| M / Mme | | |  |
| Agissant en qualité de | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | m'engage sur la base de mon offre et pour mon 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 |  |

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

S'engage, au nom des membres du groupement 1, sur la base de l'offre du groupement,

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

L'offre ainsi présentée n'est valable toutefois que si la décision d'attribution intervient dans un délai de 5 mois à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

# 3 - Dispositions générales

## 3.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :

Maintenance biomédicale globale préventive et curative des équipements biomédicaux avec mise à disposition sur site de techniciens

La présente consultation porte sur le choix d’une société ou un groupement de sociétés (sociétés de maintenance tierce) en charge de la maintenance externalisée de dispositifs biomédicaux multimarques, selon la réglementation en vigueur, avec mise à disposition de techniciens biomédicaux et équipements de tests sur site.

## 3.2 - Mode de passation

La procédure de passation est : l'appel d'offres ouvert. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2124-2, R. 2124-2 1° et R. 2161-2 à R. 2161-5 du Code de la commande publique.

## 3.3 - Forme de contrat

Il s'agit d'un marché ordinaire.

# 4 - Prix

Les prestations seront rémunérées à la fois par application de prix forfaitaires et par application aux quantités réellement exécutées des prix unitaires fixés dans le BPU. Les prix forfaitaires et l'évaluation des prestations à exécuter sur la base des prix unitaires sont précisés dans le tableau ci-après :

Centre Hospitalier Alpes Léman :

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

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

Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc :

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

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

# 5 - Durée du marché

Le marché est conclu pour une période initiale de 2 ans, à compter du 01/01/2026.

Le marché est reconductible tacitement jusqu'à son terme. Le nombre de périodes de reconduction est fixé à 4. La durée de chaque période de reconduction est de 12 mois. La durée maximale est donc de 6 ans.

# 6 - Paiement

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des prestations en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants :

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

|  |  |
| --- | --- |
| BIC |  |

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

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 CCAP s'appliquent.

# 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 - Nomenclature(s)

La classification conforme au vocabulaire commun des marchés européens (CPV) est :

|  |  |
| --- | --- |
| Code principal | Description |
| 50400000-9 | Services de réparation et d'entretien de matériel médical et de matériel de précision |

# 9 - Signature

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

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

(Ne pas compléter dans le cas d'un dépôt signé électroniquement)

Fait en un seul original

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

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

Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement 1

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

La présente offre est acceptée pour :

|  |
| --- |
|  |

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

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

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

**NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES**

Copie délivrée en unique exemplaire pour être remise à l'établissement de crédit en cas de cession ou de nantissement de créance de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La totalité du marché dont le montant est de (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |
|  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | La totalité du bon de commande n° ........ afférent au marché (indiquer le montant en chiffres et lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |  |  |      |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | La partie des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct, est évaluée à (indiquer en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |  |  |      |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | La partie des prestations évaluée à (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |  |  |   et devant être exécutée par : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . en qualité de :   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | membre d'un groupement d'entreprise | |  |  | sous-traitant |   A . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Le . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Signature |

# ANNEXE N° 1 : 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° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
|  | Totaux |  |  |  |