|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **GHT Centre Franche-Comté**  **Etablissement support**    **CHU de Besançon**  **Direction du Patrimoine des Investissements Médicaux et de la Sécurité**  3 Boulevard Fleming  25030 BESANÇON Cedex  Tél. 03 81 21 80 77  Email. dtp@chu-besancon.fr  **Etablissement partie**  Une image contenant texte, clipart  Description générée automatiquement  **CH Louis Pasteur**  73 Avenue Léon Jouhaux  39100 Dole  Tél. 03 84 79 80 80 | | |  | | --- | | **MARCHE PUBLIC**  **RENOVATION DU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE AU 5A DU CH DE DOLE**      ***CAHIER DES CLAUSES ADMINISTRATIVES PARTICULIERES (CCAP)*** | |

Cadre réservé à l'acheteur

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

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

**SOMMAIRE**

[1 - Préambule : Liste des lots 3](#_Toc195617135)

[2 - Identification de l'acheteur 3](#_Toc195617136)

[3 - Identification du co-contractant 3](#_Toc195617137)

[4 - Dispositions générales 5](#_Toc195617138)

[4.1 – Objet 5](#_Toc195617139)

[4.2 - Mode de passation 5](#_Toc195617140)

[4.3 - Forme de contrat 5](#_Toc195617141)

[5 - Prix 5](#_Toc195617142)

[6 - Durée et Délais d'exécution 5](#_Toc195617143)

[7 - Paiement 6](#_Toc195617144)

[8 - Avance 6](#_Toc195617145)

[9 - Nomenclature(s) 7](#_Toc195617146)

[10 - Signature 7](#_Toc195617147)

[ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS 10](#_Toc195617148)

# 1 - Préambule : Liste des lots

|  |  |
| --- | --- |
| Lot(s) | Désignation |
| 01 | GROS OEUVRE-DEMOLITION |
| 02 | MENUISERIE BOIS |
| 03 | CLOISONS PEINTURE FAUX-PLAFOND |
| 04 | SOLS COLLES |
| 05 | Plomberie – Chauffage – VMC - Climatisation |
| 06 | Electricité CFO - CFA |

# 2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : CHU de BESANCON

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances : M le directeur général Thierry Gamond-Rius ou son représentant

Ordonnateur : M le directeur général Thierry Gamond-Rius ou son représentant

Comptable assignataire des paiements : Madame la trésorière principale

Le maître d'œuvre ainsi que ses missions seront précisés ultérieurement.

# 3 - 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 - Travaux 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 120 jours à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

# 4 - Dispositions générales

## 4.1 – Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :

Rénovation du service d'ophtalmologie situé au 5A du Centre Hospitalier Louis Pasteur à Dole.

Les prestations définies au CCAP sont réparties en 6 lots.

## 4.2 - Mode de passation

La procédure de passation 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.

## 4.3 - Forme de contrat

Il s'agit d'un marché ordinaire.

# 5 - Prix

**Les prestations seront rémunérées par application du prix global forfaitaire suivant :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant de l'offre par lot | | | | | |
| Lot(s) | Désignation | Montant HT | Montant TVA | Montant TTC | Soit en toutes lettres TTC |
| 01 | GROS OEUVRE-DEMOLITION | ................ | ................ | ................ | .......................................... |
| 02 | MENUISERIE BOIS | ................ | ................ | ................ | .......................................... |
| 03 | CLOISONS PEINTURE FAUX-PL | ................ | ................ | ................ | .......................................... |
| 04 | SOLS COLLES | ................ | ................ | ................ | .......................................... |
| 05 | Plomberie – Chauffage – V | ................ | ................ | ................ | .......................................... |
| 06 | Electricité CFO - CFA | ................ | ................ | ................ | .......................................... |

# 6 - Durée et Délais d'exécution

Le délai d'exécution est défini(e) au CCAP et ne peut en aucun cas être modifié(e).

Le délai d'exécution débutera à compter de la date fixée dans le CCAP.

# 7 - 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.

# 8 - 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.

# 9 - Nomenclature(s)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Code principal | Description |
| 45000000-7 | Travaux de construction |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lot(s) | Code principal | Description |
| 01 | 45223220-4 | Travaux de gros œuvre |
| 02 | 45421150-0 | Travaux d'installation de menuiseries non métalliques |
| 03 | 45421141-4 | Travaux de cloisonnement |
| 04 | 45432100-5 | Travaux de pose de revêtements de sols |
| 05 | 44115200-1 | Matériel de plomberie et de chauffage |
| 06 | 45311100-1 | Travaux de câblage électrique |

# 10 - 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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant de l'offre par lot | | | | | |
| Offre  retenue | Lot(s) | Désignation | Montant  HT | Montant  TVA | Montant  TTC |
|  | 01 | GROS OEUVRE-DEMOLITION | ................ | ................ | ................ |
|  | 02 | MENUISERIE BOIS | ................ | ................ | ................ |
|  | 03 | CLOISONS PEINTURE FAUX-PL | ................ | ................ | ................ |
|  | 04 | SOLS COLLES | ................ | ................ | ................ |
|  | 05 | Plomberie – Chauffage – V | ................ | ................ | ................ |
|  | 06 | Electricité CFO - CFA | ................ | ................ | ................ |

La présente offre est acceptée

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** 1

# 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 |  |  |  |