

ACTE D'ENGAGEMENT

ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES

DMNS Radiothérapie
Lot n°

Cadre réservé à l'acheteur

CONTRAT N°










| |
|--|
| |
|--|

NOTIFIE LE

..... / /

GHT Union Hospitalière de Cornouaille
CH de Cornouaille, établissement support
14 Avenue Yves Thépot
BP 1757
29107 QUIMPER Cedex

L'ESSENTIEL DE L'ACTE D'ENGAGEMENT

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|
|  | Objet | DMNS Radiothérapie |
|  | Mode de passation | Procédure adaptée ouverte |
|  | Type de contrat | Accord-cadre |
|  | Prix | Prix unitaires |
|  | Variantes | Défini par lot |
|  | PSE | Sans |
|  | Avance | Sans |
|  | Clauses sociales | Sans |
|  | Clauses environnementales | Sans |

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| 1 - Préambule : Liste des lots | 4 |
| 2 - Identification de l'acheteur | 5 |
| 3 - Identification du co-contractant | 5 |
| 4 - Dispositions générales | 7 |
| 4.1 - Objet | 7 |
| 4.2 - Mode de passation | 7 |
| 4.3 - Forme de contrat | 7 |
| 5 - Prix | 7 |
| 6 - Durée de l'accord-cadre | 9 |
| 7 - Paiement | 9 |
| 8 - Nomenclature(s) | 10 |
| 9 - Signature | 11 |
| Annexe n° 1 : Désignation des co-traitants et répartition des prestations | 14 |

1 - Préambule : Liste des lots

| Lot(s) | Désignation |
|--------|---|
| 01 | Masques de contention thermoformés prédécoupés 3 points |
| 02 | Masques de contention thermoformés prédécoupés 5 points |
| 03 | Masques de contention d'extrémités |
| 04 | Masques de contention thoraciques |
| 05 | Masques de contention pelvis |
| 06 | Masques de contention thermoformés avec visage ouvert |
| 07 | Marqueurs de peau X spots hypoallergéniques |
| 08 | Coussins repositionnables |
| 09 | Matelas de confort |
| 10 | Bolus en plaque |
| 11 | Cale-têtes |
| 12 | Films de type Gafchromic |
| 13 | Coussins sous vide |

2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : GHT Union Hospitalière de Cornouaille

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances :
M. Le Directeur

Ordonnateur : M. Le Directeur

Comptable assignataire des paiements : Trésorerie principale Quimper Centres Hospitaliers, Centres Hospitaliers
1 Allée du Dr Pilven
29107 Quimper cedex

3 - Identification du co-contractant

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives de l'accord-cadre 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 180 jours à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

(1) Cette annexe est à dupliquer en autant d'exemplaires que nécessaire et elle est recommandée dans le cas de groupement conjoint

4 - Dispositions générales

4.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :
DMNS Radiothérapie

DMNS Radiothérapie

Les prestations définies au CCAP sont réparties en 13 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

L'accord-cadre avec maximum est passé en application des articles L2125-1 1°, R. 2162-1 à R. 2162-6, R. 2162-13 et R. 2162-14 du Code de la commande publique. Il fixe les conditions d'exécution des prestations et s'exécute au fur et à mesure de l'émission de bons de commande.

5 - Prix

Les prestations seront rémunérées par application aux quantités réellement exécutées des prix unitaires fixés dans le bordereau des prix.

Le montant total des prestations pour la durée de l'accord-cadre est défini(e) comme suit :

Pour le lot n°01 - Masques de contention thermoformés prédécoupés 3 points

| Période | Maximum HT |
|---------|------------|
| 1 | 8 040,00 € |
| Total | 8 040,00 € |

Pour le lot n°02 - Masques de contention thermoformés prédécoupés 5 points

| Période | Maximum HT |
|---------|-------------|
| 1 | 54 109,44 € |
| Total | 54 109,44 € |

Pour le lot n°03 - Masques de contention d'extrémités

| Période | Maximum HT |
|---------|-------------|
| 1 | 10 800,00 € |
| Total | 10 800,00 € |

Pour le lot n°04 - Masques de contention thoraciques

| Période | Maximum HT |
|---------|-------------|
| 1 | 23 000,00 € |
| Total | 23 000,00 € |

Pour le lot n°05 - Masques de contention pelvis

| Période | Maximum HT |
|---------|-------------|
| 1 | 46 000,00 € |
| Total | 46 000,00 € |

Pour le lot n°06 - Masques de contention thermoformés avec visage ouvert

| Période | Maximum HT |
|---------|-------------|
| 1 | 24 156,00 € |
| Total | 24 156,00 € |

Pour le lot n°07 - Marqueurs de peau X spots hypoallergéniques

| Période | Maximum HT |
|---------|-------------|
| 1 | 13 398,00 € |
| Total | 13 398,00 € |

Pour le lot n°08 - Coussins repositionnables

| Période | Maximum HT |
|---------|------------|
| 1 | 4 019,48 € |
| Total | 4 019,48 € |

Pour le lot n°09 - Matelas de confort

| Période | Maximum HT |
|---------|------------|
| 1 | 4 800,00 € |
| Total | 4 800,00 € |

Pour le lot n°10 - Bolus en plaque

| Période | Maximum HT |
|---------|------------|
| 1 | 4 936,80 € |
| Total | 4 936,80 € |

Pour le lot n°11 - Cale-têtes

| Période | Maximum HT |
|---------|------------|
| 1 | 247,20 € |
| Total | 247,20 € |

Pour le lot n°12 - Films de type Gafchromic

| Période | Maximum HT |
|---------|-------------|
| 1 | 20 556,00 € |
| Total | 20 556,00 € |

Pour le lot n°13 - Coussins sous vide

| Période | Maximum HT |
|---------|------------|
| 1 | 6 080,00 € |
| Total | 6 080,00 € |

pour la variante proposée numéro :¹

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

6 - Durée de l'accord-cadre

La durée de l'accord-cadre et le délai d'exécution des commandes ainsi que tout autre élément indispensable à leur exécution sont fixés dans les conditions du 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 | |

(1) Pavé à répéter et à remplir par le candidat pour chaque variante proposée

| | |
|--------------|--|
| 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 - Nomenclature(s)

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

| Code principal | Description |
|----------------|----------------------|
| 33100000-1 | Équipements médicaux |

| Lot(s) | Code principal | Description |
|--------|----------------|-----------------------|
| 01 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 01 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 02 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 02 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 03 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 03 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 04 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 04 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 05 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 05 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 06 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 06 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 07 | 33100000-1 | Équipements médicaux |

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

| Lot(s) | Code principal | Description |
|--------|----------------|-----------------------|
| 07 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 08 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 08 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 09 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 09 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 10 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 10 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 11 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 11 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 12 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 12 | 33140000-3 | Consommables médicaux |
| 13 | 33100000-1 | Équipements médicaux |
| 13 | 33140000-3 | Consommables médicaux |

9 - Signature

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation de l'accord-cadre 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

(1) Mention facultative dans le cas d'un dépôt signé électroniquement

| Montant de l'offre par lot | | |
|----------------------------|--------|---------------------------|
| Offre retenue | Lot(s) | Désignation |
| <input type="checkbox"/> | 01 | Masques de contention the |
| <input type="checkbox"/> | 02 | Masques de contention the |
| <input type="checkbox"/> | 03 | Masques de contention d'e |
| <input type="checkbox"/> | 04 | Masques de contention tho |
| <input type="checkbox"/> | 05 | Masques de contention pel |
| <input type="checkbox"/> | 06 | Masques de contention the |
| <input type="checkbox"/> | 07 | Marqueurs de peau X spots |
| <input type="checkbox"/> | 08 | Coussins repositionnables |
| <input type="checkbox"/> | 09 | Matelas de confort |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Bolus en plaque |
| <input type="checkbox"/> | 11 | Cale-têtes |
| <input type="checkbox"/> | 12 | Films de type Gafchromic |
| <input type="checkbox"/> | 13 | Coussins sous vide |

Variante(s) acceptée(s) :

.....

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

(1) Date et signature originales

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 | | | |