



ACHATS CENTRAUX

HOTELIERS, ALIMENTAIRES

ET TECHNOLOGIQUES

Hôpital Bicêtre

78, rue du Général Leclerc

94270 Le Kremlin Bicêtre

Tél. : 01 53 14 69 00

Fax : 01 53 14 69 99

# ACTE

# D’ENGAGEMENT

**Consultation N°25/066**

## A) PARTIE RESERVEE A L’ADMINISTRATION

Marché issu de la consultation n°25.066 passé selon la procédure de l’Appel d’Offres Ouvert.

- Objet : La fourniture de caisses cartonnées pour l'AGEPS, les hôpitaux, ACHAT et le siège de l'APHP

- Client :

- Identification du lot attribué : *(intitulé + n° lot)*

- Code Fournisseur :

- Marché n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : Marché ordinaire ou Accord cadre à bons de commandepassé en application des articles R.2113-4 à R.2113-6, R.2162-2 1 à 6 et R.2162-13 à 14 du code de la commande publique

- Signataire du marché : la directrice d’ACHAT, ayant reçu délégation de signature du directeur Général, par arrêté directorial n°75-2022-07-08-00005 du 08 juillet 2022.

- Notifié le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## B) PARTIE RESERVEE AU PRESTATAIRE

Je soussigné, Fonction :

###### Dont le siège est :

Numéro de téléphone :

A dupliquer pour chaque membre du groupement

Numéro de télécopie :

Email :

Adresse internet :

Immatriculée : - au SIRET sous le n° :

- au registre du commerce sous le n° :

- code d’activité économique APE :

- PME ou TPE :  NON  OUI

Agissant pour mon propre compte\* :

ou pour le compte du :

Groupement solidaire\* :

Groupement conjoint\* :

Groupement conjoint avec mandataire solidaire\* :

(\* cocher la case correspondante)

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Particulières **n° 25/066** (CCAP et CCTP) et des documents qui y sont mentionnés, et après avoir établi les déclarations prévues aux articles R.2142-3 à R.2142-4, R.2143-4, R.2143-5, R.2143-6 à R.2143-10 et R.2143-11 à R.2143-12 du code de la commande publique :

1. M’engage, sans réserve, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus à exécuter les prestations désignées au marché, pour un montant de

Offre de base :

Montant en euros HT :

Montant de la TVA en euros (20%) :

Montant en euros TTC :

1. Déclare que :

- Les prestations seront exécutées pour le compte de l’Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

- Mes prix seront conformes aux dispositions du Cahier des Clauses Administratives Particulières **25/066.**

1. Affirme sous peine de résiliation de plein droit du marché ou de sa mise en régie aux torts exclusifs de la société ou association pour laquelle j’interviens, que ladite société ou association ne tombe pas sous le coup de l’interdiction découlant des articles R.2142-3 à R.2142-4, R.2143-4, R.2143-5, R.2143-6 à R.2143-10 et R.2143-11 à R.2143-12 du code de la commande publique
2. Avance (articles R.2191-3 à R.2191-19 du code de la commande publique)

Je renonce au bénéfice de l'avance :  NON  OUI

(Cocher la case correspondante.)

1. Mon offre me lie pour la durée de validité des offres indiquée au Règlement de Consultation.

## C) PAIEMENT

L’AP-HP se libèrera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants[[1]](#footnote-1) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ouvert au nom de : | | | |
| Domiciliation : | | | |
| Code banque : | Code guichet : | N° de compte : | Clé RIB : |
|  |  |  |  |

A dupliquer si nécessaire pour chaque membre du groupement

En cas de groupement solidaire, le paiement est effectué sur[[2]](#footnote-2) :

Un compte unique ouvert au nom des membres du groupement ou du mandataire;

Le compte de chacun des membres du groupement suivant les répartitions indiquées en annexe du présent document.

En cas de sous-traitance, l’AP-HP se libérera des sommes dues aux sous-traitant payés directement en faisant porter les montants aux crédits des comptes désignés dans les annexes, les avenants ou les actes spéciaux.

Le délai global de paiement ne pourra excéder 50 (cinquante) jours. Le défaut de paiement dans les délais précités fait courir de plein droit, et sans autre formalité, des intérêts moratoires au bénéfice du titulaire ou du sous-traitant payé directement.

## D) REPARTITION DES PRESTATIONS ET DES PAIEMENTS ENTRE LES MEMBRES DU GROUPEMENT

Les contractants solidaires s’engagent financièrement pour la totalité des prestations visées au présent marché.

*Ou*

Les contractants conjoints précisent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’eux s’engage à réaliser :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Membre du Groupement* | *Prestations assurées* | *Montant\** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Pour les accords-cadres et les accords-cadres à bons de commande, l’acte d’engagement peut n’indiquer que la répartition des prestations.

## E) Engagement du/DES CANDIDATS

Fait en un seul original, à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nom, Prénom du signataire,

Signature précédée de la mention “ Lu et approuvé ”et timbre commercial

A dupliquer si nécessaire pour chaque membre du groupement ou fournir le mandat permettant au mandataire d’engager chaque co-traitant

## F) PARTIE RESERVEE A L’ADMINISTRATION

**Budget** : BUDGET GENERAL **Classe** : 6

**Numéro de nomenclature** : 015030

**Imputation budgétaire** : 6026

**Exercice** : 2025-2026-2027-2028-2029

**Comptable assignataire des paiements** : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’Assistance Publique - Hôpitaux de Paris 4 rue de la chine 75020 Paris

Références de la personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R.2191-46 à R.2191-53 et R.2191-58 du code de la commande publique) : **La Directrice d’ACHAT**

Est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement, pour la fourniture des **caisses cartonnées spécifiques pour l’AGEPS (lot n°1)** offre de base d’un montant minimum (80%) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euros HT soit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euros TTC, et d’un montant maximum (200%) pour la durée ferme de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euros H.T, soit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euros T.T.C (taux TVA=20%), pour le compte de l’AGEPS, avec la société \_\_\_\_\_\_\_\_, pour la période ferme de 48 mois à compter de la date de notification, éventuellement résiliable sans indemnité à la seule initiative de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris 6 mois avant la date de fin**.**

Si elle est établie dans un autre Etat membre de l’Union Européenne, la société titulaire devra impérativement faire figurer, sur chaque facture, le numéro individuel d’identification pour les opérations intracommunautaires de l’AP-HP : **FR95267500452**.

### Le Kremlin-Bicêtre, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pour le Directeur général

et par délégation

La Directrice d’ACHAT

## G) PARTIE RESERVEE A L’ADMINISTRATION

**Budget** : BUDGET GENERAL **Classe** : 6

**Numéro de nomenclature** : 01503

**Imputation budgétaire** : 6026

**Exercice** : 2025-2026-2027-2028-2029

**Comptable assignataire des paiements** : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’Assistance Publique - Hôpitaux de Paris 4 rue de la chine 75020 Paris

Références de la personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R.2191-46 à R.2191-53 et R.2191-58 du code de la commande publique) : **La Directrice d’ACHAT**

Est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement, pour la fourniture des **caisses cartonnées standards et fournitures associées (lot n°2)** offre de base sans montant minimum et d’un montant maximum (200%) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euros H.T, soit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euros T.T.C (taux TVA=20%), pour le compte de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, avec la société \_\_\_\_\_\_\_\_, pour la période ferme de 48 mois à compter de la date de notification, éventuellement résiliable sans indemnité à la seule initiative de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris 6 mois avant la date de fin**.**

Si elle est établie dans un autre Etat membre de l’Union Européenne, la société titulaire devra impérativement faire figurer, sur chaque facture, le numéro individuel d’identification pour les opérations intracommunautaires de l’AP-HP : **FR95267500452**.

### Le Kremlin-Bicêtre, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pour le Directeur général

et par délégation

La Directrice d’ACHAT

## H) CADRE POUR FORMULE DE NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES

« Copie de l’original certifiée conforme à l’acte d’engagement délivrée en unique exemplaire pour être remise en cas de cession ou de nantissements des créances »

A , le

Le représentant légal du pouvoir adjudicateur

1. Joindre un ou des relevé(s) d’identité bancaire [↑](#footnote-ref-1)
2. Cocher la case correspondant à votre situation [↑](#footnote-ref-2)