Acte d’Engagement

Marché public de Services

**MAPA 25-08**

**Lot 2 : Formation prévention/intervention incendie**

|  |
| --- |
| **Objet de la consultation :** **Organisation de prestations de formation relatives au domaine de la formation prévention/intervention incendie pour les agents de l’Agence de Services et de Paiement (ASP) (France métropolitaine, Corse)** |

Le présent acte d’engagement est complété par une annexe financière.

**SOMMAIRE**

[Article 1. Engagements 3](#_Toc83394097)

[Article 2. Durée du marché, délais d’exécution 3](#_Toc83394098)

[Article 3. Sous-Traitance 3](#_Toc83394099)

[Article 4. Répartition des prestations (en cas de groupement conjoint) 3](#_Toc83394100)

[Article 5. Paiement 3](#_Toc83394101)

[Article 6. Avance 3](#_Toc83394102)

[Article 7. Signature du marché en cas de groupement 3](#_Toc83394103)

[Article 8. Partie réservée à l’acheteur 3](#_Toc83394104)

# Engagements

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché et en avoir accepté les termes intégralement :

**Le signataire, *(candidat se présentant seul)* :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| M/Mme |  |  |  | Agissant en qualité de : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **engage la société** |  | m’engage sur la base de mon offre et pour mon | |
| sur la base de son offre ; | | | propre compte ; | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom commercial et dénomination sociale : | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | N° SIREN + NIC *(de l’établissement contractant):* | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | - |  | | | | Code APE : | | | | | | | | |  | | | | Adresse : | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | Courriel : | | | |  | | | | | | | | | Tél. : | |  | | | Fax : | | | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom commercial et dénomination sociale : | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | N° SIREN + NIC *(de l’établissement contractant)* : | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | - |  | | | | Code APE : | | | | | | | | |  | | | | Adresse : | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | Courriel : | | | |  | | | | | | | | | Tél. : | |  | | | Fax : | | | | |  | | | | | | | |

**Le signataire est une TPE  OUI  NON**

**Le signataire est une PME  OUI  NON**

**L’ensemble des membres du groupement s’engagent, sur la base de l’offre du groupement *(candidature groupée)* :**

|  |  |
| --- | --- |
| Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de l’établissement contractant et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET – rubrique ci-dessous à dupliquer autant de fois que de membres du groupement. | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom commercial et dénomination sociale : | | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | | N° SIREN + NIC (*de l’établissement contractant*) : | | | | | | | |  |  | - |  | | | | Code APE : | | | |  |  | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Adresse : |  | | | | |  |  | | | | |  |  | | |  | | Courriel : | |  | | | | Téléphone : | |  | | | | Télécopie : | | |  | | | | |

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

aux prix indiqués à l’annexe financière et au(x) catalogue(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Taux de la TVA : |  | % |

Et

Les montants minimum et maximum du marché pour la durée globale de l’accord-cadre (reconduction comprise) sont les suivants :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **HT** |
| **Montant MINIMUM du marché pour la durée initiale ferme de 36 mois** | **16 800 €** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant MAXIMUM du marché pour la durée globale de 4 ans (durée initiale et reconduction comprise)** | **44 000€** |

Le titulaire s’engage à appliquer à ses prix publics un rabais minimum fixé à :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du Catalogue | Rabais minimum proposé en % |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Il est indispensable d’indiquer une donnée même si le % est égal à zéro  Lignes à dupliquer autant que nécessaire | |

# Durée du marché, délais d’exécution

Le marché est passé pour une durée ferme de trois ans à compter de sa notification.

Il est reconductible 1 fois, pour une période d’un an, par reconduction tacite. Le titulaire ne peut refuser la reconduction. En cas de décision de l’acheteur de non-reconduction, le titulaire est informé par lettre recommandée avec accusé de réception 1 mois avant la date de reconduction du marché.

La durée totale du marché ne pourra excéder 4 ans.

Toutes les prestations à prix unitaire peuvent être commandées jusqu’au dernier jour de validité du marché et s’exécuter au-delà du terme du marché dans la limite de 3 mois après la fin du marché*.*

# Sous-Traitance

Je n’envisage pas de sous-traiter une partie des prestations prévues au marché

J’envisage de sous-traiter une partie des prestations prévues au marché

Si la sous-traitance est proposée dès le dépôt de l’offre :

Le candidat complète et joint le modèle de déclaration de sous-traitance joint au DC en autant d’exemplaires qu’il existe de sous-traitants.

Si la sous-traitance est envisagée au cours de l’exécution des prestations :

Le montant total que j’envisage de sous-traiter, y compris le montant total visé ci-dessus, s’élève à la somme de ……………………………………………………………………….TTC*.*

# Répartition des prestations (en cas de groupement conjoint)

(Indiquer dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun de membres du groupement s’engage à réaliser ainsi que le montant HT).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignation des membres du groupement** | | | **Prestations exécutées** | | | | | | | | |
| **Nature de la prestation** | | | **Montant de la Prestation** | | | | | |
| **En euros HT** | | | **en euros TTC** | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Paiement

1. Désignation et adresse de l’établissement émetteur des facturesdans le cadre de la dématérialisation des factures dans Chorus Pro (*si distinct de l’établissement contractant du marché*)

*[Indiquer le nom commercial, dénomination sociale de l’établissement, SIRET et adresse complète]*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom commercial et dénomination sociale : | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | N° SIREN + NIC *(de l’établissement émetteur des factures dans le cadre de la dématérialisation des factures dans Chorus Pro):* | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | - |  | | | | Code APE : | | | | | | | | |  | | | | Adresse : | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | Courriel : | | | |  | | | | | | | | | Tél. : | |  | | | Fax : | | | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom commercial et dénomination sociale : | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | N° SIREN + NIC *(de l’établissement émetteur des factures dans le cadre de la dématérialisation des factures dans Chorus Pro* : | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | - |  | | | | Code APE : | | | | | | | | |  | | | | Adresse : | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | Courriel : | | | |  | | | | | | | | | Tél. : | |  | | | Fax : | | | | |  | | |

1. Modalités de paiement

Le pouvoir adjudicateur se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit : (***joindre RIB ou RIP***)

*[Les éléments à reporter ci-après correspondent à l’établissement émetteur des factures qui est soit l’établissement contractant du marché soit un autre établissement désigné, le cas échéant, ci-dessus]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titulaire du compte : |  | Domiciliation |  |
|  |  |  |  |

Numéro de compte :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Code Banque :* | | | | | | | *Code Guichet :* | | | | | | | *Numéro de Compte :* | | | | | | | | | | | | | *Clé RIB :* | | | |
|  |  |  |  |  |  | **-** | |  |  |  |  |  | **-** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** | |  |  |

*IBAN (Identifiant International) :*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |

*Code BIC :*

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

[***Rubrique à dupliquer autant de fois que nécessaire en fonction du nombre de co-traitants + joindre RIB ou RIP]***

**Les factures seront acquittées à partir des données ci-avant. Toute disparité entre ces données et les éléments portés sur les factures vaudra rejet des factures.**

# Avance

Le marché comporte une avance définie dans le cahier des clauses administratives particulières *(article L2191-2 et L2191-3 et R2191-3 et suivants du code de la commande publique)*.

Le signataire  **accepte** ou  **refuse** \* l’avance.

***\*****L’omission du renseignement de la mention ci-dessus, entraîne de fait un refus de l’avance par le titulaire du marché.*

# Signature du marché par le signataire individuel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |

(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.

# Signature du marché en cas de groupement

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *(article R2142-19 à 27du code la commande publique)* :

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du mandataire]*

En cas de groupement, celui-ci est :

*(Cocher la case correspondante.)*

conjoint OU  solidaire

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(Cocher la case correspondante.)*

conjoint OU  solidaire

Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire : *(Cocher la ou les cases correspondantes.)*

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 ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ou de l’accord-cadre ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.

Les membres du groupement, qui signent le présent acte d’engagement :

*(Cocher la case correspondante.)*

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 marché ou de l’accord-cadre ;

donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :   
*(Donner des précisions sur l’étendue du mandat.)*

**Un (ou plusieurs) membre(s) du groupement est (sont) une (des) TPE**  **OUI**  **NON**

**Si oui le(s)quel(s) ……………**

**Un (ou plusieurs) membre(s) du groupement est (sont) une (des) PME**  **OUI**  **NON**

**Si oui le(s)quel(s) ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Signature de l’acheteur (partie réservée à l’acheteur)

**Identification de l’acheteur :**

**Agence de Services et de Paiement**

2 rue du MAUPAS

87 040 LIMOGES CEDEX

Téléphone : 05.55.12.00.00

Télécopie : 05.55.12.05.48

**Personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R2191-59 à R2191-62 du code de la commande publique** (nantissements ou cessions de créances)**:**

Monsieur le Secrétaire général de l’ASP

2 rue du Maupas – 87 040 Limoges cedex

Téléphone : 05.55.12.00.00

**Références du comptable assignataire de la dépense :**

Monsieur l’Agent comptable de l’ASP

2 rue du Maupas – 87 040 Limoges cedex

Téléphone**:** 05.55.12.00.00

**Signataire :**

Monsieur le Président-directeur général de l’ASP, nommé par décret du 27 novembre 2024 (JORF du 28 novembre 2024) ou son représentant par délégation.

A Limoges, le

Signature :