|  |
| --- |
| entt MFCP+MEIN  **Direction des Affaires Juridiques** |

|  |  |
| --- | --- |
| MARCHéS ET ACCORDS-CADRES  **ACTE D’ENGAGEMENT** | ATTRI1 |

**Informations préalables :**

La signature n’est requise qu’au stade de l’attribution du marché. Cependant, nous vous conseillons de nous fournir l’acte d’engagement signé.

En cas d’allotissement, un formulaire ATTRI1 peut être établi pour chaque lot. Lorsqu’un même opérateur économique se voit attribuer plusieurs lots, un seul ATTRI1 peut être complété. Si l’attributaire est retenu sur la base d’une offre variable portant sur plusieurs lots, soit un acte d’engagement est établi pour les seuls lots concernés, soit l’acte d’engagement unique mentionne expressément les lots retenus sur la base d’une offre variable.

En cas de candidature groupée, un acte d’engagement unique est rempli pour le groupement d’entreprises.

**MARCHE N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Les candidats sont priés de renseigner toutes les rubriques en jaune et vert.

|  |
| --- |
| **A - Objet de l’acte d’engagement.** |

**** Objet du marché ou de l’accord-cadre:

**Consultation n°2025DAL0070**

**CHU DE BREST**

**TRANSPORTS SANITAIRES TERRESTRES NON MEDICALISES DE PATIENTS A LA CHARGE FINANCIERE DU CHU DE BREST - TRANSPORTS AU DEPART DE CARHAIX**

**** Cet acte d'engagement correspond :

à l’ensemble du marché ou de l’accord-cadre *(en cas de non allotissement)*;

au lot ou aux lots du marché ou de l’accord-cadre *(en cas d’allotissement)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COCHER | N° de lot | Intitulé de lot |
|  | 1 | Transports sanitaires terrestres non médicalisés de patients à la charge financière du CHU de Brest - transports **ambulances** au départ des sites de Carhaix. |
|  | 2 | Transports sanitaires terrestres non médicalisés de patients à la charge financière du CHU de Brest - **transports assis professionnalisés** au départ des sites de Carhaix. |

1. à l’offre de base.

à la variante suivante :

|  |
| --- |
| **B - Engagement du titulaire ou du groupement titulaire.** |

## B1 - Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire :

*(Cocher les cases correspondantes.)*

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché ou de l’accord-cadre suivantes,

CCAP de la consultation n°2025DAL0070 et ses annexes,

CCTP de la consultation n°2025DAL0070 et ses annexes,

Autres : tout autre document de la consultation n°2025DAL0070.

et conformément à leurs clauses,

Le signataire

s’engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

* RAISON SOCIALE
* NOM COMMERCIAL
* N° SIRET
* Adresse :
* Adresse électronique :
* Numéro téléphone :
* Numéro télécopie :

engage la société ……………………… sur la base de son offre ;

Siège social :

* RAISON SOCIALE
* NOM COMMERCIAL
* N° SIRET
* Adresse :
* Adresse électronique :
* Numéro téléphone :
* Numéro télécopie :

Entité exécutante si différente du siège social :

* RAISON SOCIALE
* NOM COMMERCIAL
* N° SIRET
* Adresse :
* Adresse électronique :
* Numéro téléphone :
* Numéro télécopie :

Entité facturant (dépôt facture CHORUS PRO) si différente du siège social :

* RAISON SOCIALE
* NOM COMMERCIAL
* N° SIRET
* Adresse :
* Adresse électronique :
* Numéro téléphone :
* Numéro télécopie :

L’ensemble des membres du groupement s’engagent, sur la base de l’offre du groupement ;

**A COMPLETER POUR CHAQUE CO-TRAITANT selon le cadre ci-dessous (CO-TRAITANT n° 1) :**

**CO-TRAITANT n° 1 (mandataire) :**

Siège social :

* RAISON SOCIALE
* NOM COMMERCIAL
* N° SIRET
* Adresse :
* Adresse électronique :
* Numéro téléphone :
* Numéro télécopie :

Entité exécutante si différente du siège social :

* RAISON SOCIALE
* NOM COMMERCIAL
* N° SIRET
* Adresse :
* Adresse électronique :
* Numéro téléphone :
* Numéro télécopie :

Entité facturant (dépôt facture CHORUS PRO) si différente du siège social :

* RAISON SOCIALE
* NOM COMMERCIAL
* N° SIRET
* Adresse :
* Adresse électronique :
* Numéro téléphone :
* Numéro télécopie :

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations / travaux demandées :

aux prix indiqués ci-dessous ;

Taux de la TVA :

Montant hors taxes[[1]](#footnote-1) :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à : ……………………………………………………………………………….

Montant hors taxes arrêté en lettres à : ………………………………………………………...................................

Montant TTC[[2]](#footnote-2)4 :

Montant TTC arrêté en chiffres à : ………………………………………………………….......................................

Montant TTC arrêté en lettres à : ………………………………………………………………………………………..

OU

**aux prix indiqués dans l’annexe financière jointe au présent document**

**B2 – Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations :**

*(en cas de groupement d’opérateurs économiques.)*

Pour l’exécution du marché ou de l’accord-cadre, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(Cocher la case correspondante.)*

conjoint OU  solidaire

*(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’entre eux s’engage à réaliser.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation des membres**  **du groupement conjoint** | **Prestations exécutées par les membres****du groupement conjoint** | |
| **Nature de la prestation** | **Montant HT**  **de la prestation** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B3 - Compte (s) à créditer :**

**Joindre un ou des relevé(s) d’identité bancaire ou postal**

**** Nom de l’établissement bancaire :

**** Numéro de compte :

**B4 - Avance****:**

Je renonce au bénéfice de l'avance :  NON  OUI

*(Cocher la case correspondante.)*

L**orsque le montant de chaque bon de commande émis est supérieur à 50 000 euros hors taxes et dans la mesure où le délai d’exécution du bon de commande est supérieur à deux mois**.

#### B5 - Durée d’exécution du marché ou de l’accord-cadre :

La durée d’exécution du marché débute à compter de/du :

la date figurant dans le courrier de notification du marché ou de l’accord-cadre ;

la date de notification de l’ordre de service ;

la date de début d’exécution prévue par le marché ou l’accord-cadre lorsqu’elle est postérieure à la date de notification.

Le marché ou l’accord cadre est reconductible :  NON  OUI (selon modalités du CCAP)

Si oui, préciser :

* Nombre des reconductions : trois (3)
* Durée des reconductions : un (1) an chacune

Accord-cadre d’une durée maximum de quatre (4) ans.

|  |
| --- |
| **C - Signature du marché ou de l’accord-cadre par le titulaire individuel ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement.** |

**C1 – Signature du marché ou de l’accord-cadre par le titulaire 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.

**C2 – Signature du marché ou de l’accord-cadre en cas de groupement :**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant :

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

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, qui signe le présent acte d’engagement :

*(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.)*

ont donné mandat au mandataire 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.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.

|  |
| --- |
| D - Identification et signature de l’acheteur et des entités exécutant le marché |

# Désignation de l’acheteur :

# Centre Hospitalier Universitaire de Brest en qualité d’établissement support du GHT-BO

2 avenue Foch - 29609 BREST Cedex

# Désignation de l’établissement exécutant le marché :

# Centre Hospitalier Universitaire de Brest

2 avenue Foch - 29609 BREST Cedex

**** Nom, prénom, qualité du signataire du marché ou de l’accord-cadre :

Madame FAVREL-FEUILLADE, Directrice Générale du CHU de BREST ou son représentant

**** Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements ou cessions de créances*:*

Monsieur Cyril MARTIN, Directeur des Achat, de la Logistique et du Biomédical, Directeur des achats du GHT-BO ou son représentant

Centre Hospitalier Universitaire de Brest

Direction des Achats, de la Logistique et du Biomédical

Cellule des marchés publics

2 avenue Foch - 29609 BREST Cedex

Adresse mail : [cellule.marches@chu-brest.fr](mailto:cellule.marches@chu-brest.fr) Tél. : 02.98.22.31.31

**** Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

Monsieur le Trésorier Principal

Centre des Finances Publiques

Trésorerie Brest CH

8 rue Duquesne – BP 91066

29609 BREST Cedex

**** Imputation budgétaire :

Classe 6

|  |
| --- |
| E - Décision de l’acheteur. |

**La présente offre est acceptée pour un montant :**

* **hors taxes de :**

**selon le Bordereau des Prix Unitaires (B.P.U) en annexe**

* **toutes taxes comprises de :**

**selon le Bordereau des Prix Unitaires (B.P.U) en annexe**

Elle est complétée par les annexes suivantes :

Annexe n°… relative à la présentation d’un sous-traitant (ou DC4) ;

Annexe n°… relative aux demandes de précisions ou de compléments sur la teneur des offres (ou OUV6) ;

Annexe n°… relative à la mise au point du marché (ou OUV11) ;

Autres annexes *(A préciser)* ;

1/ Bordereau des Prix Unitaires (B.P.U)

2/ RIB

**Pour l’Etat et ses établissements :**

*(Visa ou avis de l’autorité chargée du contrôle financier.)*

A Brest, le

Pour la Directrice Générale

du Centre Hospitalier Universitaire de Brest

Monsieur Cyril MARTIN

Directeur des Achats de la Logistique et du Biomédical

1. Le montant de l’offre établie à partir de prix unitaires est calculé par référence à la quantité estimée dans l’avis d’appel public à la concurrence. [↑](#footnote-ref-1)
2. 4 Ne pas remplir lorsque les règles de TVA intracommunautaire prévoient le paiement de la TVA par l’acheteur. Dans ce cas, celui-ci doit indiquer son numéro d’identification au titulaire avant la date de facturation. [↑](#footnote-ref-2)