|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| 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°25-099** |

1. partie reservee a l’administration

Procédure : Adaptée ouverte issu de la consultation n°25-099

Objet : Prestations de formations au progiciel SAP

Clients :

* DEFIP (MOA SI Finances) pour le projet de migration SAP
* GHU, sites et PIC de l'AP-HP pour la formation continue

**Lot unique**

Code Fournisseur :

Marché n°2025ACHC2530\_\_ : Accord-cadre à bons de commande à prix mixtes, passé en application des articles R.2113-4 à R.2113-6, R.2162-2 1 à R.2162-6 et R. 2162-13 à R. 2162-14 du Code de la commande publique.

Signataire du marché : 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Partie réservée au prestataire

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné, Fonction :  Société :  Dont le siège est :  Numéro de téléphone :  Numéro de télécopie :  Email :  Adresse internet :  Immatriculée: - SIRET sous le n° :  - au registre du commerce sous le n° :  - code d’activité économique APE :  - PME ou TPE :  NON  OUI | *A dupliquer pour chaque membre du groupement* |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 des Cahiers des Clauses Techniques et Administratives Particulières, 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, aux prix et conditions indiqués dans l’annexe financière jointe ;
2. 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 n° 25-099.

3) 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 nouveau Code de la commande publique ;

3) Atteste que la société que je représente :

*(Cocher la case correspondante)*

est soumise à la déclaration des honoraires ou commissions (*Formulaires 10144\*22 DAS2-T et 12303\*13 DAS2-I)* ;

n’est pas soumise à la déclaration des honoraires ou commissions *(Formulaires 10144\*22 DAS2-T et 12303\*13 DAS2-I)*.

4) Avance (articles R. 2191-3 à R. 2191-19 du nouveau Code de la commande publique) :

Je renonce au bénéfice de l’avance :  NON  OUI

(Cocher la case correspondante)

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

1. paiement

L’APHP se libèrera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants (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 :

(Cocher la case correspondante)

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.

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

1. Répartition des prestations et des paiements entre les membres du groupement

(Cocher la case correspondante)

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 :

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

1. 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**

1. Partie réservée à l’administration

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BUDGET GENERAL | Classes 2 et 6 | Exercices : 2025 à 2029 |

Numéro de nomenclature *(cf. arrêté directorial n°75-2022-07-08-0005 du 08 Juillet 2022)* : 078050

Imputation budgétaire *(cf. nomenclature budgétaire)* :

* Compte 2372 - Immobilisations incorporelles (classe de valorisation : 2307)
* Compte 618541 - Services extérieures - Frais colloques séminaires conférences (classe de valorisation : 6126)

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 : **La Directrice d’ACHAT**

Le présent marché, dont l’objet est Formations SAP est conclu pour une durée ferme de 4 ans à compter de sa date de notification.

Est acceptée, pour valoir acte d’engagement, l’offre de la société …………………………………………. pour les montants suivants, valables pour toute la durée du marché :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Montant de la part à prix forfaitaire** | **Montant maximum de la part à prix unitaires** | **Montant maximum**  **du marché** |
| **Montant HT :** |  |  |  |
| **Montant TVA au taux de \_\_,\_\_ % :** |  |  |  |
| **Montant TTC :** |  |  |  |

Le représentant du Pouvoir Adjudicateur se réserve la possibilité de recourir ultérieurement à la procédure négociée pour la réalisation de prestations similaires au sens de l’article R. 2122-7 du Code de la Commande Publique, à hauteur de 100 % du montant contractualisé pour la part à prix unitaires.

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

1. 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 nantissement de créances »

Au Kremlin-Bicêtre, le

Le Représentant du Pouvoir Adjudicateur

1. ANNEXE FINANCIERE

**Tout ajout, suppression ou modification peut entraîner l’élimination du candidat.**

1. Forfait « Ingénierie pédagogique »

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Décomposition** | **Unité** | **Profil** | **Prix unitaire HT** | **Quantité** | **Montant total HT** |
| **Création des supports**  **de formation** | Jour/homme |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Sous-total « Création des supports de formation »** | | |  |  |
| **Maintenance des supports**  **de formation** | Jour/homme |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Sous-total « Maintenance des supports de formation »** | | |  |  |
| **Création des modules**  **e-learning** | Jour/homme |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Sous-total « Création des modules e-learning »** | | |  |  |
| **Maintenance des modules**  **e-learning** | Jour/homme |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Sous-total « Maintenance des modules e-learning »** | | |  |  |
| **Pilotage et coordination** | Jour/homme |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Sous-total « Pilotage et coordination »** | | |  |  |
| **Total global et forfaitaire HT pour « Ingénierie pédagogique »** | | | |  |  |

1. Bordereau des prix unitaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prestation** | **Unité** | **Prix unitaire HT** |
| Session de formation en présentiel dans les locaux de l’AP-HP | Journée |  |
| Demi-journée |  |
| Session de formation en présentiel dans les locaux du prestataire | Journée |  |
| Demi-journée |  |
| Session de formation en classe virtuelle  *(mise à disposition d’un formateur uniquement)* | Journée |  |
| Demi-journée |  |
| Mise à disposition d’une salle avec équipement informatique  pour classe virtuelle | Journée |  |
| Demi-journée |  |
| Création d’une foire aux questions (FAQ) | Forfait |  |
| Mise à jour mensuelle de la foire aux questions (FAQ) | Forfait mensuel |  |
| Animation d’un webinaire *(durée maximum de 2 heures)* | Unité |  |

**Taux de TVA applicable à l’ensemble de l’annexe financière : \_ \_ %**

**RAPPEL :** En cas de prestations exonérées de TVA, le candidat doit fournir l’attestation pour l'exonération de TVA des organismes de formation professionnelle continue (Formulaire 10219\*16 / 3511-SD) signée par la DREETS.

Date :

NOM- Prénom :

Fonction :

Nom de l’entreprise :

Signature et cachet :