**CAISSE PRIMAIRE D’ASSURANCE MALADIE**

**DU VAL DE MARNE**

***-------------***

***Service Facturation Achats Marchés Immobilier***

**MARCHES DES ORGANISMES DE**

**SECURITE SOCIALE DU REGIME GENERAL**

**ACTE D’ENGAGEMENT**

**ORGANISME CONTRACTANT :** L’Assurance Maladie du Val de Marne

93/95 avenue du Général de Gaulle

94000 Créteil

Objet du marché public :

**MISSION DE MODELISATION NUMERIQUE**

**DU SIEGE SOCIAL DE LA CAISSE PRIMAIRE D’ASSURANCE**

**MALADIE DU VAL DE MARNE**

**numero du marche :**

**REPRESENTANT DE L'ORGANISME :**

Monsieur le **Directeur Général de l'Organisme**

**comptable assignataire des paiements :**

Monsieur le **Directeur Comptable et Financier de l’Organisme**

**nota :**  Cet Acte d’Engagement et son annexe financière seront complétés, datés et signés par une des personnes habilitées à engager l’entreprise.

Mois d’établissement : Juin 2025

##### ENGAGEMENT DU CANDIDAT

**ARTICLE 1 - CONTRACTANT**

Je soussigné (nom, prénom) :

Agissant pour mon propre compte ou pour le compte de :

Adresse du Siège Social :

Téléphone :

Télécopie :

Code d'activité économique APE :

Immatriculation à l'INSEE sous le numéro :

Inscription au Registre du Commerce sous le numéro :

Après avoir pris connaissance du Règlement de la Consultation, du Cahier des Clauses Administratives et Techniques Particulières et des documents qui y sont mentionnés.

Après avoir produit les certificats, attestations ou déclarations requises.

**M'ENGAGE**, sans réserve conformément aux conditions des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées aux prix indiqués dans l’annexe à l’Acte d’engagement, et dans les conditions définies ci-après à l'article 2.

L'offre me lie pour la durée de validité indiquée à l'article 4.6 du Règlement de la Consultation.

###### ARTICLE 2 - PRIX

**2.1 -** Le présent marché est traité à prix forfaitaire.

**2.2 -** Le taux de T.V.A. applicable est celui en vigueur à la date d'exécution des prestations.

**ARTICLE 3 – PAIEMENTS**

Le candidat demande, que le montant des sommes dues au titre du présent marché, soit porté au crédit du compte ouvert :

* **au nom de (RIB à joindre) :**
* **sous le numéro :**
* **à l'établissement suivant :**
* **à l'adresse :**

**ARTICLE 4 - AVANCE**

Le titulaire désigné ci-devant :

❑ **Renonce** au versement del'avance prévue au CCAP à l’article 13 conformément aux articles L. 2191-2, R. 2191-3 et suivants du code de la commande publique.

❑ **Ne renonce pas** au versement del'avance prévue au CCAP à l’article 13 conformément aux articles L. 2191-2, R. 2191-3 et suivants du code de la commande publique.

**ARTICLE 5 - DECLARATION DU CANDIDAT**

**5.1 – J’AFFIRME,** sous peine de résiliation de plein droit du marché ou de sa mise en régie, à mes torts exclusifs ou aux torts exclusifs de la société pour laquelle j’interviens, que je ne tombe pas, ou que ladite société ne tombe pas, sous le coup de l’interdiction de l’article n°50 de la loi n°52-401 du 14 avril 1952 modifié par l’article 56 de la loi n°78-733 du 17 juillet 1978, interdisant de concourir aux marchés publics à toute personne n’ayant pas souscrit les déclarations fiscales et sociales ou n’ayant pas effectué le paiement des impôts et cotisations.

**5.2 – J’ATTESTE**, sur l’honneur que le travail sera réalisé par des salariés employés régulièrement au regard des dispositions du Code du Travail.

**5.3 - MON OFFRE,** me lie ou lie la société pour laquelle j’interviens pour la durée de validité des offres indiquées au Règlement de la Consultation (R.D.C.), laquelle est fixée à 120 jours (cent vingt jours) à compter de la date limite de remise des offres.

**Fait en un seul original**

**A , le**

**Signature et cachet du candidat,**

**précédés de la mention manuscrite**

**"lu et approuvé".**

**"PARTIE RESERVEE A LA C.P.A.M. DU VAL DE MARNE"**

**Compte tenu de la décision du Directeur Général, est acceptée la présente offre pour valoir marché public n°**

**A Créteil, le**

**LE DIRECTEUR GENERAL**

**DE LA CAISSE PRIMAIRE D’ASSURANCE**

**MALADIE DU VAL-DE-MARNE**

**Frantz LEOCADIE**

**Reçu à titre de notification une copie certifiée conforme du présent marché.**