

n°2025-07

Marché de réalisation d’actes de biologie pour le compte du Centre d’Examens de Santé (« CES ») de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de Loire Atlantique (ci-après « CPAM »), dans le cadre de son activité d’EPS et des prestations d’acheminement correspondantes.

Acte d’engagement

Lot 2

**Date Limite de Remise des plis : 22/09/2025 à 12h00.00**

**POLE LOGISTIQUE**

**SERVICE ACHAT**

**Pouvoir adjudicateur**

CPAM de la Loire-Atlantique

9 rue Gaëtan Rondeau

44958 Nantes Cedex 9

**Contact administratif et technique**

**Service achats**

Mamadou THIAM

Madame **Anne-Sophie DUPERRAY** est le comptable assignataire des paiements

POUVOIR ADJUDICATEUR

Caisse Primaire d’Assurance Maladie de Loire Atlantique

9, rue Gaëtan Rondeau

44000 NANTES

Le pouvoir adjudicateur est représenté par : Monsieur Pierre PEIX

**Monsieur le Directeur Général de la CPAM DE LOIRE ATLANTIQUE**

Monsieur **Pierre PEIX** est la personne signataire du marché

ACTE D’ENGAGEMENT

**:**

**Marché passé en application de l’arrêté du 19 juillet 2018 portant réglementation sur les marchés publics des organismes de sécurité sociale et renvoyant aux dispositions du code de la commande publique**

**DATE DU MARCHE**

(***A remplir par l’autorité représentant le Pouvoir Adjudicateur, personne signataire du marché.***

***La date du marché est celle à laquelle la notification est effectuée : cette date est aussi indiquée sur la dernière page de l'Acte d'engagement).***

1. **CONTRACTANT**

***Signataire***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Qualité : |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Signant pour mon propre compte |
|  | Signant pour le compte de la société |
|  | Signant pour le compte de la personne publique prestataire |

***et***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Agissant en tant que prestataire unique |
|  | Agissant en tant que membre du groupement défini ci-après |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Solidaire |  | Conjoint |

***Prestataire individuel ou mandataire du groupement***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : |  |
| Adresse : |  |
| Code postal : |  |
| Bureau distributeur : |  |
| Téléphone : |  |
| Fax : |  |
| Courriel : |  |
| Numéro SIRET : |  |
| Numéro au registre du commerce : |  |
| Ou au répertoire des métiers : |  |
| Code NAF/APE : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***En cas de groupement, cotraitant n°1***  Raison sociale :  Adresse :  Code postal :  Bureau distributeur :  Téléphone :  Fax :  Courriel :  Numéro SIRET :  N° Registre commerce :  N° Répertoire des Métiers :  Code NAF/APE : | ***Cotraitant n°3***  Raison sociale :  Adresse :  Code postal :  Bureau distributeur :  Téléphone :  Fax :  Courriel :  Numéro SIRET :  N° Registre commerce :  N° Répertoire des Métiers :  Code NAF/APE : |
| ***Cotraitant n°2***  Raison sociale :  Adresse :  Code postal :  Bureau distributeur :  Téléphone :  Fax :  Courriel :  Numéro SIRET :  N° Registre commerce :  N° Répertoire des Métiers :  Code NAF/APE : | ***Cotraitant n°4***  Raison sociale :  Adresse :  Code postal :  Bureau distributeur :  Téléphone :  Fax :  Courriel :  Numéro SIRET :  N° Registre commerce :  N° Répertoire des Métiers :  Code NAF/APE : |

***Engagement,*** *a*près avoir pris connaissance des documents constitutifs du marché, je m'engage (nous nous engageons) sans réserve, conformément au cahier des charges, à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après,

Je m'engage (ou j'engage le groupement dont je suis mandataire), sur la base de mon offre *qualificative* (ou de l'offre du groupement), exprimée **en euro**, réalisée sur la base des conditions économiques du Mois précédant le mois de remise des offres(dit mois 0).

L'offre ainsi présentée me lie pour une durée de 120 jours à compter de la date limite de remise des offres.

1. **PRIX**

*Zones à compléter par le candidat :*

Conformément à l’arrêté du **05 janvier 2024** portant approbation de l’avenant n° 12 à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoires privés d’analyses médicales et l’assurance maladie, le tarif de la lettre clé B est, à compter du **15 janvier 2024** fixé à **0,25 €** pour les départements métropolitains.

Ce tarif est susceptible d’évoluer selon la législation en vigueur.

1. **DELAIS**
   1. Délais d’intervention

|  |
| --- |
| **Délais de récupération des prélèvements** |
| **A compléter** |

|  |
| --- |
| **Délais d’analyse** |
| **A compléter** |

|  |
| --- |
| **Délais de transmissions des résultats**  **par voie électrique validés par le biologiste au CES** |
| **A compléter** |

1. **DUREE DE VALIDITE ET DELAI**

La durée initiale du présent marché est d’un an à compter de sa date de notification.

A l’issue de la première année, le marché pourra être prorogé trois fois, pour une période d’un an, soit une durée maximale de quatre ans, sauf si l’une des parties dénonce le contrat avec un préavis d’un mois avant la date d’échéance du marché par lettre recommandée avec accusé réception.

1. **PAIEMENT**

**Désignation du (des) compte (s) à créditer**:

*Zone à compléter par le candidat :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire** | **Banque** | **Pays/Clé IBAN** | **RIB** | **BIC** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Zone à compléter par le candidat :*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **A** ..........................................., **le** ...........................  **Signature du (des) prestataire(s) :** |

1. **DECISION DU POUVOIR ADJUDICATEUR**

**La présente offre est acceptée :**

A Nantes, le ...........................

Le représentant du pouvoir adjudicateur,

Directeur Général,

Pierre PEIX

1. **NOTIFICATION**

Remise contre récépissé

Reçu à titre de notification une copie certifiée conforme au présent marché

A le

Signature du titulaire

**NOTIFICATION DE MARCHE**

La notification transforme le projet de marché en marché et le candidat en titulaire. Elle consiste en la remise d’une photocopie certifiée conforme du marché au titulaire (dans ce cas le titulaire signera la formule ci-dessous). Cette remise peut être opérée par lettre recommandée avec accusé de réception (dans ce cas, l’avis de réception daté et signé par le titulaire sera collé ci-dessous)

A le

Signature du titulaire

Remise par lettre AR

Réception par le titulaire de la copie certifiée conforme le …………………….

(Accusé de réception postal ci-dessous)

1. **NANTISSEMENT DE CREANCE**

Le montant maximal de la créance que je pourrai (nous pourrons) présenter en nantissement est de :

........................... € TVA incluse

**Copie délivré en unique exemplaire** pour être remise à l’établissement de crédit ou au bénéficiaire de la cession ou du nantissement de droit commun.

A Nantes, le ...........................

Le représentant du pouvoir adjudicateur,

Directeur Général,

Pierre PEIX

**Modifications ultérieures en cas de sous-traitance.**

La part des prestations que le titulaire n’envisage pas de confier à des sous-traitants est ramenée/portée à :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Montant HT** | **Signature** |
|  | € |  |
|  | € |  |
|  | € |  |