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

|  |  |
| --- | --- |
| Université Claude Bernard Lyon 1  Pôle Finances, Achats, Pilotage - Direction des Achats | **MARCHÉ PUBLIC**  MARCHÉ DE FOURNITURES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Intervention de comédiens assurant le rôle de malades dans le cadre des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) et de différentes UE dont l'UE « mieux communiquer et apprendre son rôle de médecin |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acte d’engagement (AE)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARCHE N° | 2 | 5 | 0 | 4 | 0 | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Consultation n°25040S |
|  |  |

**■** IDENTIFICATION DU CONTRAT

|  |  |
| --- | --- |
| OBJET DU CONTRAT : | **Intervention de comédiens assurant le rôle de malades dans le cadre des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) et de différentes UE dont l'UE « mieux communiquer et apprendre son rôle de médecin** (25040S) |
| ACHETEUR : | Université Claude Bernard Lyon 1  Pôle Finances, Achats, Pilotage - Direction des Achats |
| PERSONNE HABILITÉE : | Université Claude Bernard Lyon 1 |
| ADRESSE : | Bâtiment Julie Victoire Daubié  43 boulevard du 11 novembre 1918  69622 Villeurbanne Cedex  Courriel : achats@univ-lyon1.fr |
| TYPE DE CONTRAT : | Marché de fournitures passé en Appel d'offres ouvert (Article R2124-2 1° - Code de la commande publique) |
|  |  |

**■** IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAISON SOCIALE :** |  | |
| SIRET\* : |  | |
| REPRESENTÉ PAR\*\* : |  | |
| ADRESSE : |  | |
| TÉLÉPHONE : |  | |
| **COURRIEL (obligatoire) :** |  | |
| AGISSANT EN TANT QUE : | *Titulaire (1) - Mandataire du groupement solidaire (2)*  *Mandataire du groupement conjoint (3)*  *Mandataire solidaire du groupement conjoint (4)* |  |
|  |
| A LE STATUT DE **PME** : | *OUI - NON* |  |
| SIRET DEPOSANT CHORUS PRO (si différent) : |  | |
| ADRESSE SERVICE FACTURATION (si différente) : |  | |

\* Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l’UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

\*\* Prénom, nom et fonction.

**■** IDENTIFICATION DES COTRAITANTS EN CAS DE GROUPEMENT\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAISON SOCIALE 1 : |  | | RAISON SOCIALE 3 : |  | |
| SIRET\*\* : |  | | SIRET\*\* : |  | |
| ADRESSE : |  | | ADRESSE : |  | |
| TELEPHONE : |  | | TELEPHONE : |  | |
| COURRIEL : |  | | COURRIEL : |  | |
| PAR : |  | | PAR : |  | |
| LE : |  | | LE : |  | |
| PME : | *OUI - NON* |  | PME : | *OUI - NON* |  |
| RAISON SOCIALE 2 : |  | | RAISON SOCIALE 4 : |  | |
| SIRET\*\* : |  | | SIRET\*\* : |  | |
| ADRESSE : |  | | ADRESSE : |  | |
| TELEPHONE : |  | | TELEPHONE : |  | |
| COURRIEL : |  | | COURRIEL : |  | |
| PAR : |  | | PAR : |  | |
| LE : |  | | LE : |  | |
| PME : | *OUI - NON* |  | PME : | *OUI - NON* |  |

\* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin.

\*\* Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l’UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

**■** IDENTIFICATION DES SOUS-TRAITANTS DÉSIGNÉS AU CONTRAT\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAISON SOCIALE 1 : |  | | RAISON SOCIALE 2 : |  | |
| SIRET\*\* : |  | | SIRET\*\* : |  | |
| ADRESSE : |  | | ADRESSE : |  | |
| TELEPHONE : |  | | TELEPHONE : |  | |
| COURRIEL : |  | | COURRIEL : |  | |
| FORME JURIDIQUE : |  | | FORME JURIDIQUE : |  | |
| REPRESENTÉ PAR : |  | | REPRESENTÉ PAR : |  | |
| PME : | *OUI - NON* |  | PME : | *OUI - NON* |  |
| VARIATION DES PRIX : |  | | VARIATION DES PRIX : |  | |
|  |  |

\* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin.

\*\* Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l’UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

**■** MONTANT DE LA PROPOSITION

|  |  |
| --- | --- |
| : | à compter |

\* Indiquer le taux de TVA applicable si différent de celui prévu.

**■** ENGAGEMENT DU CANDIDAT SUR LES DÉLAIS D’EXÉCUTION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intervention de comédiens assurant le rôle de malades dans le cadre des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) et de différentes UE dont l'UE « mieux communiquer et apprendre son rôle de médecin |  | Délai plafond : 4 An(s) |

**■** SOUS-TRAITANCE ENVISAGÉE NON DÉSIGNÉE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NATURE DES PRESTATIONS : |  | | |
| MONTANT : | € HT | Dont PME : | € HT |

**■** RÉPARTITION PAR COTRAITANTS ET SOUS-TRAITANTS DÉSIGNÉS AU CONTRAT\*

| FOURNISSEUR | NATURE DES PRESTATIONS | PART |
| --- | --- | --- |
|  |  | € HT |
|  |  | € HT |
|  |  | € HT |
|  |  | € HT |
|  |  | € HT |

\* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin (nombres de fournisseurs).

**■** CONDITIONS DE PAIEMENT

| FOURNISSEUR | IBAN | COMPLEMENTS\* |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Préciser notamment les particularités sur la TVA applicable au fournisseur, les conditions de paiement des sous-traitants si différentes de celles prévues au contrat. En cas de changement de domiciliation bancaire le fournisseur adresse le nouvel IBAN sans délai à l’acheteur.

**■** ENGAGEMENT DU CANDIDAT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PROPOSITION ÉTABLIE LE : |  | | |
| REPRÉSENTANT LEGAL : |  | | |
| SIGNATURE: |  | | |
| Pour le compte du groupement  *(joindre les pouvoirs)* |  | Pour le seul compte du mandataire du groupement |  |
| Ayant pris connaissance des pièces constitutives du contrat, s’engage ou engage le groupement, sans réserve, à exécuter les prestations objet du contrat conformément au cahier des charges. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **■** DÉCISION DE L’ACHETEUR - OFFRE RETENUE | | |
|  | LA SOLUTION DE BASE : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SIGNÉ LE : |  |
|  | PAR : |  |
|  | Accepte les sous-traitants déclarés au contrat | |