**CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES ALPES MARITIMES**

48, Avenue Roi Robert Comte de Provence

06180 NICE CEDEX 2

**MARCHE DE SERVICES**

**ENLEVEMENT ET TRAITEMENT DES DIFFERENTS FLUX DE DECHETS ET DESTRUCTION DES ARCHIVES**

**Réf. : 74.05 – 2025**

***ACTE D'ENGAGEMENT***

***Lot 4 : Ordures ménagères, emballages, déchets d’équipement électrique et électronique (DEEE)***

MARCHE passé en application de l'Arrêté du 19 juillet 2018, portant règlement sur les marchés des Organismes de Sécurité Sociale et, sauf prescriptions particulières de cet arrêté, aux dispositions du Code de la Commande Publique

Maître de l’Ouvrage : CPAM des Alpes Maritimes - 48, av du Roi Robert Comte de Provence, 06180 Nice cedex 2, tél. : 04 92 09 42 39, fax : 04 92 09 40 91

Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l'article R.2191-59 du Code de la Commande Publique : Mme L'Agent Comptable de la CPAM des Alpes Maritimes. Tel : 04 92 09 41 92

La Directrice de la CPAM des Alpes Maritimes, Mme Nathalie MARTIN, est la personne représentant le pouvoir adjudicateur.

L’Agent Comptable de la CPAM des Alpes Maritimes est le comptable assignataire des paiements.

**ARTICLE 1 – CONTRACTANT**

- Le contractant est une entreprise individuelle : utiliser la formule A

- Le contractant est une société : utiliser la formule B

- En outre, si le contractant est un groupement d'opérateurs économiques : compléter également la formule C.

A) Je soussigné (e)

- agissant en mon nom personnel

- domicilié (e) à :

N° de téléphone :

E-mail :

- immatriculé (e) à l'I.N.S.E.E. :

- numéro d'identité d'établissement (SIRET) :

- code d'activité économique principale (APE) :

- numéro d'inscription au registre du commerce :

Catégorie de l’entreprise : 🞎 TPE 🞎 PME 🞎 ETI 🞎 GE 🞎 Autres

B) Je soussigné (e)

- agissant au nom et pour le compte de la Société (intitulé complet et forme juridique de la Société) :

- ayant son siège à :

N° de téléphone :

E-mail[[1]](#footnote-1) :

- immatriculé (e) à l'I.N.S.E.E. :

- numéro d'identité d'établissement (SIRET) :

- code d'activité économique principale (APE) :

* numéro d'inscription au registre du commerce :

Catégorie de l’entreprise : 🞎 TPE 🞎 PME 🞎 ETI 🞎 GE 🞎 Autres

1. Je soussigné (e)

* agissant en tant que mandataire pour l'ensemble des opérateurs économiques groupés qui ont signé la lettre de candidature en date du :

🞎 du groupement solidaire 🞎 du groupement conjoint

Le mandataire commun sera obligatoirement mandataire solidaire et ainsi responsable de la défaillance de l'ensemble des membres du groupement.

Après avoir pris connaissance du règlement de la consultation et des documents qui y sont mentionnés,

Je m'engage sans réserve, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations dans les conditions ci-après définies.

L'offre ainsi présentée ne me lie toutefois que si son acceptation m'est notifiée dans un délai de 180 jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par la lettre de consultation.

**ARTICLE 2 – PRIX**

Le présent marché est conclu à prix forfaitaire. **Ce prix est établi hors T.V.A.**

Les prix applicables sont ceux du cadre de **Détail Quantitatif Estimatif (DQE)**. L’entreprise devra remettre obligatoirement une DQE entièrement complété.

Le candidat devra indiquer ci-dessous le montant total du DQE.

***Prix annuel avec PSE L4:***

|  |  |
| --- | --- |
| ……………€ HT | ………………………………………………………………………  ………………………………………………………*(en lettres)* |

|  |  |
| --- | --- |
| …………€ TTC | …………………………………………………………………………  ………………………………………………………*(en lettres)* |

***Prix annuel sans PSE L4:***

|  |  |
| --- | --- |
| ……………€ HT | ………………………………………………………………………  ………………………………………………………*(en lettres)* |

|  |  |
| --- | --- |
| …………€ TTC | …………………………………………………………………………  ………………………………………………………*(en lettres)* |

Cette tarification englobe tous les frais afférents.

Un Relevé d’Identité Bancaire (RIB) ou postal original devra être fourni avec l’Acte d’engagement.

**ARTICLE 3 – DÉSIGNATION DES RÉFÉRENTS DU MARCHÉ**

La bonne exécution des prestations objet du marché dépend essentiellement de la/des personne(s) physique(s) suivante(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Nom et prénom** | **Coordonnées** (téléphone - fax - mail) |
| Responsable marché |  |  |
| Responsable facturation |  |  |

**A…………………………………………, le…………………………………………**

**Le(s) candidat(s) :**

**(Représentant(s) habilité(s) pour signer le marché)**

**ARTICLE 4 – DÉCISION DE L'ACHETEUR**

La présente offre est acceptée aux conditions définies à l'acte d'engagement et son annexe, le devis quantitatif estimatif.

🞎 Avec PSE L4

🞎 Sans PSE L4

**Pour le pouvoir adjudicateur**

**A…………………………………………, le…………………………………………**

**Signature (l'acheteur)**

1. *Ces coordonnées seront valablement utilisées pour toute notification au candidat* [↑](#footnote-ref-1)