|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MARCHÉS PUBLICS**  **DE PRESTATIONS INTELLECTUELLES**    **ACTE D'ENGAGEMENT** | Logo - CH PLAISIR |

*Cadre réservé à l’acheteur*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARCHÉ N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MONTANT (€ HT)** | **Forfaitaire**  **Et une partie à bon de commande avec un montant maximum de 400000€ HT** |

|  |  |
| --- | --- |
| **LOT(S) N°** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **à (nom du titulaire)** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE de NOTIFICATION** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ou DATE de DÉBUT** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

**A- Objet de l’acte d’engagement**

** Objet du marché :**

Passé selon la procédure d’appel d’offres ouvert en application des articles R.2124-1 et R.2124-2 du code de la commande publique

Missions de contrôle technique et coordination en matière de sécurité et de protection de la santé pour le projet SEGUR au sein du Centre Hospitalier de Plaisir

Un acte d’engagement à compléter par lot

**Date limite de remise des offres : 17/09/2025 à 12 heures**

** Cet acte d'engagement correspond :**

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

à l’ensemble du marché

au lot n° ……. ou aux lots n° …………… du marché *(en cas d’allotissement)*

correspondant, pour les lots n°……. , à l’offre variable *(en cas d’allotissement)*

*à* l’offre de base

à la variante suivante :

**B- Engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

** Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

Après avoir pris connaissance des éléments constitutifs du marché listés dans ce présent document, et conformément à leurs clauses

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

Le signataire

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

s’engage, sans réserve, sur la base de son offre et pour son propre compte

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social, si elle est différente de celle de l’établissement, son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

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

ou

engage, sans réserve, la société ci-dessous sur la base de son offre

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social, si elle est différente de celle de l’établissement, son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

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

ou

L’ensemble des membres du groupement d’opérateurs économiques s’engagent, sur la base de l’offre du groupement

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social, si elle est différente de celle de l’établissement, son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

***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 : | ......................................................................................................... |

***Cotraitant n° 1***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n° 2***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après:

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

aux prix indiqués ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Montant hors TVA | ........................................... euros |
| Montant de TVA Taux de TVA (...............%) | ........................................... euros |
| Montant TVA incluse | ........................................... euros |

***Montant global HT*** *de la solution de base (en lettres)*

...............................................................................................................................................................................................................................................................

***Montant global TTC*** *de la solution de base (en lettres)*

...............................................................................................................................................................................................................................................................

ou

**aux prix indiqués dans les annexes financières (BPU, DPGF) jointes au présent document.**

** Identification de l’organisme de facturation (Si différent du Titulaire)**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| .........................................................................................................  ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Commune : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |

Cette rubrique est à compléter afin d’éviter des rejets de facture dans l’outil CHORUSPRO.

** Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations**

Pour l’exécution du marché, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation des membres**  **du groupement conjoint** | **Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint** | |
| **Nature de la prestation** | **Montant HT**  **de la prestation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

** Compte(s) à créditer**

*(compléter et joindre un(des) relevé(s) d’identité bancaire oroginal)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire** | **Etablissement** | **IBAN** | **BIC** |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… |

** Délais de paiement**

L’établissement Bénéficiaire est un établissement de santé : le délai de paiement est de 50 (cinquante) jours à compter de la date de réception de la facture. Le paiement s’effectuera par mandat administratif.

** Avance**

En application des dispositions de l’article R.2191-3 du Code de la commande publique et des dispositions du CCAG-PI, sauf renoncement du titulaire porté à l’acte d’engagement, une avance est prévue dans les cas et selon les modalités stipulées ci-après.

L’acheteur a le choix entre deux modalités de fixation du montant de l’avance qui sera versée au titulaire.

L’option A prévoit l’application d’un taux d’avance de 20% pour les PME et d’un taux d’avance correspondant au minimum réglementaire (soit 5% du marché) pour les autres entreprises, ou d’un taux supérieur fixé dans les documents particuliers du marché.

L’option B prévoit l’application des taux d’avances minimums fixés par le Code de la commande publique, ou des taux supérieurs fixés par les documents particuliers du marché. Si les documents particuliers du marché ne mentionnent pas l’option retenue, l’option A s’applique par défaut.

Le Titulaire (je) renonce au bénéfice de l’avance prévue à l’article R2191-3 du Code de la Commande Publique :

Non Oui

Dans le cas où le titulaire décide de bénéficier de l’avance, l’acheteur opte pour l’une ou l’autre des options suivantes. A défaut, l’option A est retenue d’office :

Option A

Option B

** Voies et délais de recours**

Tout litige né de l’exécution de la prestation est du ressort du**:**

Tribunal Administratif de Versailles - Greffe du Tribunal Administratif de Versailles

56, avenue de Saint-Cloud - 78011 VERSAILLES

Téléphone : 01 39 20 54 00 - Fax: 01 39 20 54 87

Courriel : [greffe.ta-versailles@juradm.fr](mailto:greffe.ta-versailles@juradm.fr)

Adresse internet : <http://www.ta-versailles.juradm.fr>

** Durée totale du marché**

Le marché débutera à compter de :

la date de notification du marché

la date de notification de l’ordre de service (émis par l’établissement concerné par l’exécution des prestations)

la date de début d’exécution prévue par le marché, soit à la date de notification du marché si celle-ci est ultérieure)

Le marché est reconductible :  NON  OUI

Si oui, préciser :

* Reconduction : Sans objet
* Nombre des reconductions : Sans objet
* Durée des reconductions : Sans objet

La reconduction se fait tacitement si le marché n’est pas dénoncé par l’acheteur titulaire par lettre recommandée avec accusé de réception trois mois avant son terme. Elle ne donne lieu à aucune indemnité.

Lorsque le titulaire ne bénéficie pas d’une reconduction du contrat, il est tenu de maintenir sa prestation jusqu’à ce que l’acheteur attribue le marché à un nouveau prestataire. Dès lors, le titulaire est indemnisé au prorata des prestations réalisées durant toute la période de transition et ce conformément aux prix établis dans les annexes financières (DPGF, BPU/DQE).

**C- Signature du marché par le titulaire individuel ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement**

** Signature du marché par le titulaire individuel ou mandataire du groupement**

**Interdictions de soumissionner**

**Le candidat individuel, ou chaque membre du groupement, déclare sur l’honneur :**

**a) n’entrer dans aucun des cas d’interdiction de soumissionner prévus aux articles L.2141-1 à L.2141-5 et L.2141-7 à L.2141-11 du Code de la Commande Publique;**

**b) être en règle au regard des articles L.5212-1 à L.5212-11 du code du travail concernant l’emploi des travailleurs handicapés.**

**Afin d’attester que le candidat individuel, ou chaque membre du groupement, n’est pas dans un de ces cas d’interdiction de soumissionner, cocher la case suivante :**  *(à cocher par le candidat)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

** Signature du marché en cas de groupement**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *(article 45 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016)*:

**Raison sociale :** …………………………………………………………………………………………

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement :

pour signer le présent acte d’engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document)*

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document)*

ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.

Les membres du groupement, qui signent le présent acte d’engagement :

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché;

donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :

*(donner des précisions sur l’étendue du mandat)*

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

**D- Identification de l’acheteur public**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acheteur – Etablissement support du GHT Yvelines Sud** | **Centre Hospitalier de Versailles** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse** | Hôpital André-Mignot  177, rue de Versailles  78157 Le Chesnay cedex |
| **Téléphone** | 01.39.63.91.33 |
| **Télécopie** | 01.39.54.48.89 |
| **Site internet**  **Profil acheteur** | <http://www.ch-versailles.fr>  <http://www.achatpublic.com> |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signataire du marché (prénom, nom et qualité)** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article 130 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatifs aux marchés publics** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Comptable assignataire (désignation, adresse et numéro de téléphone)** | Monsieur le Trésorier du Centre Hospitalier de Versailles – André-Mignot  12 rue de l’Ecole des Postes  78015 VERSAILLES Cedex  [jean.pitois@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:jean.pitois@dgfip.finances.gouv.fr) |
| **Imputation budgétaire** | Budget hospitalier |

** Le présent marché public** est conclu par l’établissement support désigné par la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) en date du 30 juin 2016.

** L’établissement support** agit :

Pour son propre compte uniquement

Pour son propre compte et le compte de l’(des) établissement(s) désigné(s) à l’annexe de l’acte d’engagement dans le cadre du GHT

Pour l’(les) établissement(s) désigné(s) à l’annexe de l’acte d’engagement dans le cadre du GHT

* **Pour le Centre Hospitalier de Plaisir**

220, rue Mansart - CS 5003 - 78375 Plaisir Cedex

Facture à adresser au CH Plaisir

Siret du CH de Plaisir : 20007630500016

Code service CHORUS : DMTSCHP

N° d’engagement = numéro du bon de commande ou du marché

**E- Décision de l’acheteur public**

*Partie réservée à l’acheteur*

**La présente offre est acceptée :**

Avec sa solution de base

Avec sa variante n° …

Avec son (ses) option(s)

Elle est complétée par les annexes suivantes :

Annexe relative à la désignation de(s) établissement(s) concerné(s) par l’exécution du contrat

Annexe financière *(à préciser)* :

* DPGF
* BPU

RIB

Autres annexes *(à préciser)* :

Le Chesnay-Rocquencourt, le

Pascal BELLON

L’Acheteur Public,

Le Directeur général,

du Centre Hospitalier de Versailles,

Etablissement support du GHT Yvelines Sud

**H- Notification**

Par avis de réception postal (joint au présent acte d’engagement)

Signé par le titulaire, ou exemplaire remis sur place

Autre *(à préciser)* : www.achatpublic.com

**I- Nantissement ou cession de créance**

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

Le Chesnay-Rocquencourt, le

Pascal BELLON

L’Acheteur Public,

Le Directeur général,

du Centre Hospitalier de Versailles,

Etablissement support du GHT Yvelines Sud