

ACCORDS-CADRES

**ATTRI1**

**ACTE D’ENGAGEMENT**

**Marché n°2025\_4215**

***Le candidat doit impérativement transmettre une adresse-mail valide pendant toute la durée du marché. Celle-ci permettra aux HCL la notification de document et/ou la transmission d’informations. Le candidat indique dans son acte d’engagement cette adresse mail et s’engage en cas de modification de celle-ci à avertir le Pouvoir Adjudicateur dans les plus brefs délais.***

 **ADRESSE MAIL CONTRACTUELLE DU TITULAIRE : ……**

**A - Objet de l’acte d’engagement**

**A1 -Objet du marché ou de l’accord-cadre :**

**ACCORD CADRE N° T25-4508**

**REPARATION ET REMPLACEMENT DES MOTEURS ELECTRIQUES, POMPES ET CIRCULATEURS**

**DES DIVERS ETABLISSEMENTS DES HOSPICES CIVILS DE LYON**

**(Agglomération lyonnaise et Département du Var)**

**ET DU GHT VAL RHONE CENTRE**

**ET GCS BLANCHISSERIE INTER HOSPITALIERE DU LYONNAIS**

**A2 - Cet acte d'engagement correspond :**

1.

 À l’ensemble du marché ou un accord-cadre

2.

 À l’offre de base :

# B - Engagement du titulaire ou du groupement titulaire.

**B1 - Identification du titulaire ou Identification et nature du groupement titulaire :**

1. Identification du titulaire

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché stipulées à l’article n° 2 – « Pièces constitutives » du CCAP et conformément à leurs clauses,

* Le signataire

 S’engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

*Nom commercial et la dénomination sociale du candidat, Représenté par*

*Adresse Postale de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement),*

## Adresse électronique,

*Numéros de téléphone et de télécopie Numéro SIRET*

* Engage la société …………………………. sur la base de son offre ;

*Nom commercial et la dénomination sociale du candidat,*

*Adresse Postale de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement),*

*Adresse électronique :*

*Numéros de téléphone et de télécopie Numéro SIRET*

1. Identification et nature du groupement

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

Pour l’exécution du marché ou de l’accord-cadre, **le groupement d’opérateurs économiques** est :

 Conjoint OU  solidaire

*Contractant N°1 : Mandataire*

*Nom commercial et la dénomination sociale de l’entreprise, Représenté par*

*Adresse Postale de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement),*

## Adresse électronique,

*Numéros de téléphone et de télécopie Numéro SIRET*

*Contractant N°2 :*

*Nom commercial et la dénomination sociale de l’entreprise,*

*Représenté par*

*Adresse Postale de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement),*

*Adresse électronique,*

*Numéros de téléphone et de télécopie Numéro SIRET*

*Contractant N°3 :*

*Nom commercial et la dénomination sociale de l’entreprise,*

*Représenté par*

*Adresse Postale de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement),*

*Adresse électronique,*

*Numéros de téléphone et de télécopie Numéro SIRET*

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant [*(article R. 2142-23*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do%3Bjsessionid%3D0DDDE5A7DF8FB00C1FF01114156D32FB.tplgfr42s_2?idArticle=LEGIARTI000037730641&cidTexte=LEGITEXT000037701019&dateTexte=20190401) *ou* [*article R. 2342-12*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do%3Bjsessionid%3D0DDDE5A7DF8FB00C1FF01114156D32FB.tplgfr42s_2?idArticle=LEGIARTI000037728949&cidTexte=LEGITEXT000037701019&dateTexte=20190401) *du code de la commande publique)* :

*Nom commercial et la dénomination sociale du mandataire :*

*Représenté par :*

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est solidaire pour l’exécution du marché, de

chacun des membres du groupement dans ses obligations contractuelles vis-à-vis du maitre de l’ouvrage.

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

ou de l’accord-cadre ;

*(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 ou de l’accord-cadre ;

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

*(Donner des précisions sur l’étendue du mandat.)*

# B2 – Engagement du titulaire ou du groupement titulaire :

Le titulaire ou l’ensemble des membres du groupement s’engagent à exécuter les prestations demandées pour les 4 ans du marché :

**aux prix indiqués dans l’annexe financière jointe au présent acte d’engagement.**

**Partie BPU dans le cadre d’un accord-cadre à bons de commande pour la durée maximale du marché :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Montant minimum HT :** | néant | **Montant maximum HT :** | **1 250 000,00 €** |
| Taux de la T.V.A. : | 20% | Taux de la T.V.A. : | 20% |
| **Montant minimum TTC :** | néant | **Montant maximum TTC :** | 1 500 000 € |

# B3 –En cas de groupement conjoint, répartition des prestations entre Co-traitants :

Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la **répartition des prestations** que chacun d’entre eux s’engage à réaliser.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation des membres du groupement conjoint** | **Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint** | |
| **Nature de la prestation** | **Montant HT**  **de la prestation** |
| *Contractant N°1 :* |  |  |
| *Contractant N°2 :* |  |  |
| *Contractant N°3 :* |  |  |

# B4 – Part des prestations non sous traitées :

Le titulaire souhaite ne pas confier l’exécution d’une partie des prestations à des sous-traitants ayant droit au paiement direct :

Cette partie non sous-traitée est au maximum de € (TTC).

# B5 - Compte (s) à créditer :

Le maître de l'ouvrage se libérera des sommes dues au titre du présent marché, par virement, en faisant porter le montant au crédit :

*Contractant N°1 : Mandataire ou titulaire*

* du compte ouvert au nom de :
* BANQUE :
* AGENCE :
* ADRESSE : :
* N° DE COMPTE :

*Contractant N°2 :*

* du compte ouvert au nom de :
* BANQUE :
* AGENCE :
* ADRESSE :
* N° DE COMPTE :

# B6 - Avance:

Je renonce au bénéfice de l'avance :  NON  OUI

*(Cocher la case correspondante)*

# B7 - Durée d’exécution du marché :

Le marché est conclu pour une période ferme démarrant à compter du 1ER JANVIER 2026, ou de la date de notification du marché si celle-ci est postérieure, et jusqu’au 31 décembre 2027.

Le marché pourra tacitement être reconduit deux fois pour une durée d’un an pour chaque reconduction, sauf décision contraire du pouvoir adjudicateur intervenant au minimum trois mois avant la fin de chaque période. Le titulaire ne peut s’opposer à cette reconduction.

# B8 – Mois d’établissement des prix

Les prix sont réputés établis sur la base des conditions économiques du mois m0 : **SEPTEMBRE 2025**

**C - Signature du marché ou de l’accord-cadre par le candidat ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement.**

# C1 – Signature du marché ou de l’accord-cadre par le candidat individuel :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | | **Date de signature** | **Signature électronique** | |
|  | |  |  | |
|  | | | | |
|  | ATTRI1– Acte d’engagement Page : 5 / 8 | | |  |

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

# C2 – Signature du marché ou de l’accord-cadre en cas de groupement :

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

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

D – Mise au point du marché Sans objet

E – Désignation de l’acheteur

* Désignation de l’acheteur

# HOSPICES CIVILS DE LYON ETABLISSEMENT SUPPORT DU GHT VAL RHONE CENTRE

* Nom, prénom, qualité du signataire du marché ou de l’accord-cadre :

# Monsieur le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon

3 quai des Célestins

BP 2251 - 69229 LYON CEDEX 02

(N° SIRET 266 900 273 00019 - Code A.P.E. 851A)

* Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’[article R. 2191-59](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do%3Bjsessionid%3DD5F2C558D167BFA1A3D87F2A4EDA8784.tplgfr42s_2?idSectionTA=LEGISCTA000037729737&cidTexte=LEGITEXT000037701019&dateTexte=20190401) du code de la commande

publique, auquel renvoie l’[article R. 2391-28](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do%3Bjsessionid%3DD5F2C558D167BFA1A3D87F2A4EDA8784.tplgfr42s_2?idSectionTA=LEGISCTA000037728411&cidTexte=LEGITEXT000037701019&dateTexte=20190401) du même code (nantissements ou cessions de créances)

*(Indiquer l’identité de la personne, ses adresses postale et électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie)*

# Monsieur le Directeur des Achats des Hospices Civils de Lyon

45 rue Villon CS 48283 - 69373 LYON CEDEX 08

* Désignation, adresse, numéro de téléphone des comptables assignataires :

# Monsieur le Receveur des Finances, Comptable des HCL Trésorerie hospitalière de la Métropole de Lyon

**3 Quai des Célestins 69237 LYON CEDEX 02**

*Téléphone : 04 72 40 70 69* - *Télécopie : 04 72 40 73 95*

Désignation du comptable assignataire pour établissement partie du GHT ou GCS

# Désignation et adresse des comptables assignataires des établissements du GHT VRC :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hospices Civils de Lyon | Centre Hospitalier de MONTGELAS GIVORS | Centre Hospitalier GERIATRIQUE DU MONT D’OR | HOPITAL INTERCOMMUNAL NEUVILLE /FONTAINES |
| Mr le Receveur des Finances, Trésorerie hospitalière de la Métropole de Lyon 3 Quai des Célestins  69237 LYON  CEDEX 02  Tél : 04 72 40 70 69 | Mr le Receveur des Finances  Trésorerie hospitalière de la Métropole de Lyon  3 Quai des Célestins 69237 LYON CEDEX 02  Tél : 04 72 40 70 69 | Mr le Receveur des Finances  Trésorerie hospitalière de la Métropole de Lyon  3 Quai des Célestins 69237 LYON cedex O2 Tél : 04 72 40 70 69 | Mr le Receveur des Finances Trésorerie hospitalière de la Métropole de Lyon  3 Quai des Célestins 69237 LYON CEDEX 02  Tél : 04 72 40 70 69 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Centre Hospitalier STE FOY LES LYON | | Centre Hospitalier DU PILAT RHODANIEN  PELUSSIN | |  |
| M. le Comptable  TRESORERIE D’OULLINS  30 Rue Narcisse Bertholey BP82  69923 OULLINS Cedex  04 72 66 31 90 | | Mme la comptable  Centre des finances publiques 17 rue V. Hugo  42400 SAINT CHAMOND  Tél. : 04 77 29 30 90 | |
|  | | | | | |
| Centre Hospitalier LUCIEN HUSSEL VIENNE | | Centre Hospitalier  G. MONTCHARMONT CONDRIEU | | Centre Hospitalier LUZY DUFEILLANT BEAUREPAIRE | |
| Mme La comptable assignataire Trésorerie Hospitalière Nord Isère 22 Place C.Chaplin  38317 BOURGOIN JALLIEU  Tél : 04 74 93 84 53 | | Mme La comptable assignataire Trésorerie Hospitalière Nord Isère 22 Place C.Chaplin  38317 BOURGOIN JALLIEU  Tél : 04 74 93 84 53 | | Mme La comptable assignataire Trésorerie Hospitalière Nord Isère 22 Place C.Chaplin  38317 BOURGOIN JALLIEU  Tél : 04 74 93 84 53 | |

|  |
| --- |
| GCS Blanchisserie Inter Hospitalière  Du Lyonnais |
| M. L’Administrateur  M. CROS Jean-François  531 rue Nicephore Niepce  69800 SAINT PRIEST  Tél. : 04 72 11 52 30 |

* Imputation budgétaire : Classe 2 et classe 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité du signataire (\*)** | **Date de signature** | **Signature électronique** |
| **Monsieur le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon Par délégation,** | **Cf. Signature électronique** |  |