

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT (AE)** |

**ACCORD-CADRE À MARCHÉS SUBSÉQUENTS**

|  |
| --- |
| **AOO – 20250087001000**  **PRESTATIONS DE SERVICES FINANCIERS EN CREDIT-BAIL POUR LES BESOINS DES HOPITAUX HAINAUT CAMBRESIS, DU GCS SHAB ET DU GCS HOSPILINGE** |

|  |
| --- |
| **Etablissement support :**  **CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**  Pôle Services – Cellule des marchés publics  Avenue Désandrouin – B.P. 479  59322 VALENCIENNES Cedex |

|  |
| --- |
| 1 - Identification de l'acheteur |

## 1.1 - Pouvoir adjudicateur

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Monsieur Nicolas SALVI, Directeur général

Avenue Désandrouin

59322 VALENCIENNES Cedex

## 1.2 - Etablissements concernés par le marché public

Centre Hospitalier d’Avesnes-Sur-Helpe

Centre Hospitalier de Denain

Centre Hospitalier de Felleries-Liessies

Centre Hospitalier de Fourmies

Centre Hospitalier de Hautmont

Centre Hospitalier de Jeumont

Centre Hospitalier de Le Quesnoy

Centre Hospitalier de Maubeuge

Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux

Centre Hospitalier de Valenciennes

GCS SHAB – Laboratoire

GCS HOSPILINGE

## 1.3 - Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Pôle Services – Cellule des marchés publics

Avenue Désandrouin – B.P. 479

59322 VALENCIENNES Cedex

03 27 14 00 42 – [noulette-j@ch-valenciennes.fr](mailto:noulette-j@ch-valenciennes.fr)

## 1.4 - Comptable assignataire des paiements

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les Centres Hospitaliers de Valenciennes, Denain, Saint-Amand-Les-Eaux et Le Quesnoy : Trésorerie hospitalière  57, avenue Désandrouin  B.P. 10421  59322 VALENCIENNES Cedex  Services dépenses :  Tél : 03 27 45 49 48  Fax : 03 27 30 24 09 | Pour les Centres Hospitaliers de Maubeuge, Jeumont, Hautmont, Felleries-Liessies, Fourmies et Avesnes-sur-Helpe : Trésorerie de Maubeuge municipale  Rue de l’ancien Pont rouge  C.S. 50500  59 607 MAUBEUGE Cedex  Services dépenses :  Tél : 03 27 53 84 18  Fax : 03 27 53 84 39 |

|  |
| --- |
| 2 - Identification du titulaire |

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives de l’accord-cadre indiquées à l'article 2 "pièces contractuelles" du cahier des clauses particulières (CCP) et conformément à leurs stipulations ;

## 2.1 - En cas de réponse individuelle

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Le signataire, | |
|  | |  |  | |
| M / Mme | | |  | |
| Agissant en qualité de | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | s'engage sur la base de son offre et pour son propre compte ; |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom commercial et dénomination sociale |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | engage la société ..................................... sur la base de son offre ; |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom commercial et dénomination sociale |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

## 2.2 - En cas groupement d’opérateurs économiques

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Le mandataire (candidat groupé), |

|  |  |
| --- | --- |
| M / Mme |  |
| Agissant en qualité de |  |

désigné mandataire :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | du groupement solidaire |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | solidaire du groupement conjoint |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | non solidaire du groupement conjoint |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom commercial et dénomination sociale du mandataire |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

S'engage, au nom des membres du groupement, sur la base de l'offre du groupement, dont les membres sont   
 listés en annexe n°1 (l’annexe est à compléter obligatoirement)

à réaliser les travaux demandés dans les conditions définies ci-après.

## 2.3 - Responsables physiques en charge du bon déroulement du contrat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire** | | **Suppléant** | |
| M / Mme |  | M / Mme |  |
| Agissant en qualité de |  | Agissant en qualité de |  |
| Courriel |  | Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de téléphone |  |

*Cf.* article 3 du cahier des clauses particulières (CCP).

|  |
| --- |
| 3 - Dispositions générales |

## 

## 3.1 - Objet

L’objet de la présente consultation est le suivant :

***AOO – 20250087001000***

***Prestations de services financiers en crédit-bail pour les besoins***

***des hôpitaux Hainaut Cambrésis, du GCS SHAB et du GCS HOSPILINGE***

Cet acte d’engagement (AE) correspond :

1. à l’ensemble de l’accord-cadre *(en cas de non allotissement)*;

au lot n°…………… ou aux lots n°…………… de l’accord-cadre *(en cas d’allotissement)* ;

1. à l’offre de base ;

à la variante suivante :

1. avec les prestations supplémentaires suivantes : /

## 3.2 - Mode de passation

La procédure de passation utilisée est : l'appel d'offres ouvert. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2124-2, R. 2124-2 1° et R. 2161-2 à R. 2161-5 du code de la commande publique.

## 3.3 - Forme du contrat

## 

L’accord-cadre est attribué à **5 opérateurs économiques maximum** (sous réserve d’un nombre suffisant d’offres). Tous les participants sont ensuite considérés comme candidats pour les marchés subséquents.

L'accord-cadre est conclu sans montant minimum mais avec un montant maximum, en application des articles   
L. 2125-1 1°, R. 2162-1 à R. 2162-12 du code de la commande publique. Il donne lieu à la conclusion de marchés subséquents.

Les marchés subséquents sont conclus sous la forme de marchés ordinaires, à prix global et forfaitaire.

|  |
| --- |
| 4 - Prix |

1  
Montant maximum : **14 150 500,00 € H.T.** par période d’exécution.

- - -

**Formule d’actualisation des prix *– cf. article 8.3 du cahier des clauses particulières (CCP) –* proposée par le candidat :**

|  |
| --- |
| **1 Formule :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Celle-ci sera applicable pour chaque marché subséquent, en cas de décalage entre la date limite de remise de l’offre et la date effective de livraison du bien ou du service de plus de 3 mois.

|  |
| --- |
| 5 - Durée et délai d’exécution |

La durée d’exécution de l’accord-cadre est de ...........**12**..............mois ou ………………… jours à compter de :

*(Cocher la case correspondante.)*

La date de notification de l’accord-cadre ;

La date de notification de l’ordre de service ;

La date de début d’exécution prévue par l’accord-cadre lorsqu’elle est postérieure à la date de notification.

L’accord-cadre est reconductible :  Non  Oui

*(Cocher la case correspondante.)*

Si oui, préciser :

* Nombre des reconductions : …………**3**.............
* Durée des reconductions : …………**12 mois**…………..

**Chaque marché subséquent détermine sa propre durée** (**de 3 à 10 ans**).

|  |
| --- |
| 6 - Paiement |

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des prestations en faisant porter le montant au crédit du compte suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire du compte |  |
| Domiciliation |  |
| Code banque |  |
| Code guichet |  |
| N° de compte |  |
| Clé RIB |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |

***\* Relevé d’identité bancaire (RIB) à joindre.***

En cas de groupement, le paiement est effectué sur 1 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | un compte unique ouvert au nom du mandataire ; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | les comptes de chacun des membres du groupement suivant les répartitions indiquées en annexe du présent document. |
|  |  |

**Nota :** Si aucune case n'est cochée, ou si les deux cases sont cochées, le pouvoir adjudicateur considérera que seules les dispositions du cahier des clauses particulières (CCP) s'appliquent.

Les sommes dues au titulaire seront payées dans un délai global de 50 jours à compter de la date de réception des demandes de paiement.

|  |
| --- |
| 7 - Avance |

Sans objet.

|  |
| --- |
| 8 - Signature |

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT/MANDATAIRE**

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation du présent accord-cadre à mes (nos) torts exclusifs que la (les) société(s) pour laquelle (lesquelles) j'interviens (nous intervenons) ne tombe(nt) pas sous le coup des interdictions découlant des articles L. 2141-1 à L. 2141-14 du code de la commande publique.

Fait en un seul original

A .............................................

Le .............................................

**Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement**

En cas de groupement :

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 ;

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du présent accord-cadre ;

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 présent accord-cadre ;

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom et qualité  du signataire | Lieu et date de signature | Signature |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE POUVOIR ADJUDICATEUR**

Montant maximum : **13 250 000,00 € H.T.** par période d’exécution.

La présente offre est acceptée.

À **Valenciennes**,

Le ........................

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur,

**Monsieur Nicolas SALVI**

Directeur général du Centre hospitalier de Valenciennes

Etablissement support des hôpitaux Hainaut Cambrésis

# ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Désignation de l'entreprise | Prestations concernées | Montant HT | Taux  TVA | Montant TTC |
| Dénomination sociale : ………………………………………………………………………….  SIRET : ……………….…………………….…. Code APE : ……………………………………..  N° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
| Dénomination sociale : ………………………………………………………………………….  SIRET : ……………….…………………….…. Code APE : ……………………………………..  N° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
| Dénomination sociale : ………………………………………………………………………….  SIRET : ……………….…………………….…. Code APE : ……………………………………..  N° de TVA intracommunautaire : …………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………….  Coordonnées bancaires :  - Nom de l’établissement : …………………………………………………………………….  - IBAN : ………………………………………………………………………………………………….  - BIC : ……………………………………………………………………………………………………. |  |  |  |  |
|  | Totaux |  |  |  |

***\* Relevé d’identité bancaire (RIB) à joindre.***