|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MARCHE DE SERVICES**  ACTE D'ENGAGEMENT |  |

*Cadre réservé à l’acheteur*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARCHE N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MONTANT (€ HT)** | **Marché à prix mixte avec une partie forfaitaire et une partie à bons de commandes sans montant minimum avec un montant maximum estimé à 265 000€ HT** |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE de NOTIFICATION** |  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |

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

**A- Objet de l’acte d’engagement**

** Objet du marché** **:**

Appel d’offres passé en application des articles L.2124-2 1°, R.2161-2 à R.2161-5, du code de la commande publique

**MAINTENANCE PREVENTIVE ET CORRECTIVE DES GROUPES ELECTROGENES DES ETABLISSEMENTS DU GHT YVELINES SUD**

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

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

à l’ensemble du marché *(en cas de non allotissement)*

au lot n° ……. ou aux lots n° …………… du marché *(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 pièces constitutives du marché listés dans le CCAP n° **2025SB09** 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 HT*** *de la solution de base (en lettres)*

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

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

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

Ou/Et

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

** 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)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 pour tous les établissements du GHT Sud 78 visés en annexe de ce présent acte d’engagement pour l’exécution des prestations.

** Avance** (R2191-3 du Code de la Commande Publique)

Je renonce au bénéfice de l'avance :  NON  OUI

*(cocher la case correspondante)*

***Dans le cas où le titulaire accepte le bénéfice de l’avance, le montant est fixé à 5% comme prévu au CCAP en son article 5.2 dans les conditions prévues à l’article R. 2191-7 du code de la commande publique, soit : ……………………………€.***

** Voies et délais de recours**

• Référé précontractuel : il peut intervenir pendant toute la phase de la passation, de la publication de l’avis d’appel public à la concurrence jusqu’à la signature du contrat (articles L 551-1 à L 551-12 du CJA),

• Référé contractuel (articles L 551-13 à L 551-23 CJA)

• Recours en contestation de la validité du contrat ouvert aux tiers, et pouvant être exercé dans un délai de 2 mois à compter de l’accomplissement des mesures de publicité appropriés,

auprès 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 d’exécution du marché**

La durée d’exécution du marché est de **12 mois à compter de :**

la date de notification du marché ;

la date de notification de l’ordre de service ;

la date de début d’exécution prévue par le marché  **soit le 01 Janvier 2026** ou de la date de notification du marché  si celle-ci est ultérieure ,

Le marché est reconductible :  NON  **OUI**

Si oui, préciser :

* Reconduction :  expresse ou  **tacite**
* Nombre des reconductions : trois (3)
* Durée des reconductions : douze (12) mois

Ainsi, la durée totale du marché, reconductions comprises, est de **quarante-huit (48) mois** maximum.

**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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 R2142-24 du Code de la Commande publique)*:

**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 représent*

**D- Identification du pouvoir adjudicateur**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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>  <https://www.marches-publics.gouv.fr/> |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signataire du marché (prénom, nom et qualité)** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article R2191-45 et suivants du code de la Commande publique** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Comptable assignataire (désignation, adresse et numéro de téléphone)** | Le(s) comptable(s) assignataire(s) désigné(s) à l’annexe à l’acte d’engagement |
| **Imputation budgétaire** | Voir annexe à l'AE Membres parties GHT |

** Le présent marché** 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

- Centre Hospitalier de Versailles

- Centre Hospitalier de Rambouillet

- Centre Hospitalier de Plaisir

- Le Centre Hospitalier de la Mauldre

- Hôpital gérontologique Philippe Dugué de Chevreuse

- Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion (HPR)

- Hôpital Le Vésinet

- Hôpital de Houdan

- Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de Viroflay – Les Aulnettes (EHPAD)

**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) concernés(s) par l’exécution du contrat

🗹 Annexe financière *(à préciser)* : le BPU et la DPGF

🗹 RIB

Autres annexes *(à préciser)* :

Le Chesnay, le

Pascal BELLON

Le Directeur Général

Centre Hospitalier de Versailles, établissement

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)* :

**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, le

Pascal BELLON

Le Directeur Général

Centre Hospitalier de Versailles, établissement

support du GHT Yvelines Sud