

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT** |

**ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES**

|  |
| --- |
| **Maintenance des équipements et systèmes de distribution des fluides médicaux pour les établissements du GHT Léman Mont-Blanc** |

Cadre réservé à l'acheteur

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRAT N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTIFIE LE** |  | ....... ....... / ....... ....... / ....... ....... ....... ....... |

**Centre Hospitalier Alpes Léman**

**Etablissement support du GHT Léman - Mont-Blanc**

558 route de Findrol

BP 20500

74130 CONTAMINE SUR ARVE

Pour le compte des établissements bénéficiaires

**SOMMAIRE**

[1 – Préambule : Liste des lots 3](#_Toc208933585)

[2 - Identification de l'acheteur 3](#_Toc208933586)

[3 - Identification du co-contractant 4](#_Toc208933587)

[4 - Dispositions générales 6](#_Toc208933588)

[3.1 - Objet 6](#_Toc208933589)

[3.2 - Mode de passation 6](#_Toc208933590)

[3.3 - Forme de contrat 6](#_Toc208933591)

[5 - Prix 6](#_Toc208933592)

[6 - Durée de l'accord-cadre 6](#_Toc208933593)

[7 - Paiement 7](#_Toc208933594)

[8 - Nomenclature(s) 8](#_Toc208933595)

[9 - Signature 8](#_Toc208933596)

[ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS 10](#_Toc208933597)

# 1 – Préambule : Liste des lots

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lot(s)** | **Désignation** | **Montant maximum HT (y compris maintenance curative)** |
| 1 | Maintenance des équipements de production, de secours, de distribution du vide à usage médical | 80 000 € |
| 2 | Maintenance des systèmes de distribution des Gaz Médicaux et de l’Air Médical | 800 000 € |

# 2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme :

**Le pouvoir adjudicateur est** :

Centre Hospitalier Alpes Léman

Etablissement support du GHT Léman Mont-Blanc

558 Route de Findrol

BP 20500

74130 CONTAMINE SUR ARVE

**Pour le compte des établissements bénéficiaires de la prestation et en charge de l’exécution du marché** :

* Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL)
* Hôpitaux du Léman (HDL)
* Hôpitaux du Pays du Mont Blanc (HPMB)
* Hôpital Andrevetan (HA)
* Hôpital Départemental Dufresne-Sommeiller (HDDS)
* Hôpital Départemental de Reignier (HDR)

**Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances** :

* CHAL : Monsieur le Directeur
* HDL : Monsieur le Directeur
* HPMB : Madame la Directrice
* HA : Madame la Directrice
* HDDS : Monsieur le Directeur
* HDR : Madame la Directrice

**Ordonnateur** :

* CHAL : Monsieur le Directeur
* HDL : Monsieur le Directeur
* HPMB : Madame la Directrice
* HA : Madame la Directrice
* HDDS : Monsieur le Directeur
* HDR : Madame la Directrice

**Comptable assignataire des paiements** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Comptable assignataire** | **Adresse** | **Téléphone** | **Mail** |
| CHAL | M./Mme le/la Trésorier(e) | Trésorerie du Centre Hospitalier Alpes Léman  558 route de Findrol – CS 50064  74130 CONTAMINE SUR ARVE | 04 80 97 60 00 | t074050@dgfip.finances.gouv.fr |
| HDL | M./Mme le/la Trésorier(e) | Trésorerie du Centre Hospitalier Alpes Léman  558 route de Findrol – CS 50064  74130 CONTAMINE SUR ARVE | 04 80 97 60 00 | t074050@dgfip.finances.gouv.fr |
| HPMB | M./Mme le/la Trésorier(e) | Trésorerie Hospitalière de la Roche-sur-Foron  1 place Andrevetan  74805 LA ROCHE SUR FORON cedex | 04 50 03 26 85 | t074021@dgfip.finances.gouv.fr |
| HA | M./Mme le/la Trésorier(e) | Trésorerie Hospitalière de la Roche-sur-Foron  1 place Andrevetan  74805 LA ROCHE SUR FORON cedex | 04 50 03 26 85 | t074021@dgfip.finances.gouv.fr |
| HDDS | M./Mme le/la Trésorier(e) | Trésorerie Hospitalière de la Roche-sur-Foron  1 place Andrevetan  74805 LA ROCHE SUR FORON cedex | 04 50 03 26 85 | t074021@dgfip.finances.gouv.fr |
| HDR | M./Mme le/la Trésorier(e) | Trésorerie Hospitalière de la Roche-sur-Foron  1 place Andrevetan  74805 LA ROCHE SUR FORON cedex | 04 50 03 26 85 | t074021@dgfip.finances.gouv.fr |

# 3 - Identification du co-contractant

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives de l'accord-cadre indiquées à l'article "pièces contractuelles" du Cahier des clauses administratives particulières qui fait référence au CCAG - Fournitures Courantes et Services et conformément à leurs clauses et stipulations ;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Le signataire (Candidat individuel), | | |
| M / Mme | | |  |
| Agissant en qualité de | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | m'engage sur la base de mon offre et pour mon 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 | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de SIRET |  |
| Code APE |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire |  |

S'engage, au nom des membres du groupement 1, sur la base de l'offre du groupement,

à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après ;

L'offre ainsi présentée n'est valable toutefois que si la décision d'attribution intervient dans un délai de 4 mois à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

Dans tous les cas :

Adresse électronique nécessaire aux notifications par échanges dématérialisés faites par l’acheteur :

|  |
| --- |
| Mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

# 4 - Dispositions générales

## 3.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :

**Maintenance des équipements et systèmes de distribution des fluides médicaux pour les établissements du GHT Léman Mont-Blanc**

Les sites concernés par le présent accord-cadre sont précisés au CCTP et au CCAP.

Le titulaire du contrat est informé que le Centre Hospitalier Alpes Léman, établissement support du GHT Léman Mont Blanc, passe le contrat dans le cadre de sa compétence légale (article L.6132-2-5°a) du code de la Santé Publique) au bénéfice de l’ensemble des établissements bénéficiaires membres du GHT. A ce titre, l’établissement support mène la procédure de passation et signe le contrat pour son compte et / ou celui des établissements parties bénéficiaires. Les établissements bénéficiaires sont pour leur part, responsables de l’exécution du contrat à l'exception de la passation d'éventuels avenants.

Lors du lancement de la présente consultation, les besoins des établissements, sont identifiés. Cette liste n'est toutefois pas exhaustive et les besoins des autres établissements membres du GHT sont susceptibles d'être pris en compte en cours d'exécution du contrat dans le cadre des clauses dites de réexamen du contrat (article R2194-1 du code de la commande publique), sans que le titulaire ne puisse émettre une quelconque réserve. Il est toutefois dûment précisé que les établissements parties demeurent libres d’adhérer au présent marché pour répondre à leur besoin, et qu’ils ne sont aucunement tenus par une clause d’exclusivité.

## 3.2 - Mode de passation

La procédure de passation est : l’appel d’offres ouvert. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2123-1 et R. 2123-1 3° du Code de la commande publique.

## 3.3 - Forme de contrat

L'accord-cadre avec maximum est passé en application des articles L2125-1 1°, R. 2162-1 à R. 2162-6 à 2162-14 du Code de la commande publique. Il a pour objet de définir les termes régissant les marchés éventuels passés sur son fondement, désignés ci-après marchés subséquents.

Cet accord-cadre fixe de plus toutes les conditions d'exécution des prestations suivantes exécutées au fur et à mesure de l'émission de bons de commande.

# 5 - Prix

L’offre de prix remise par le candidat est une offre définitive pour les prestations identifiées. Néanmoins d’autres éléments pourront être précisés ou complétés lors de la passation des marchés subséquents dans les conditions définies au CCAP.

Les prestations seront rémunérées à la fois par application de prix forfaitaires et par application aux quantités réellement exécutées des prix unitaires fixés dans le bordereau des prix.

Lorsque cela est demandé par le pouvoir adjudicateur dans le CCTP, les candidats joignent à leur offre la liste détaillée des consommables et pièces détachées inclus dans le forfait maintenance préventive.

# 6 - Durée de l'accord-cadre

L’accord cadre est conclu pour une période initiale de 12 mois à compter du 1er janvier 2026 ou à compter de la date de notification si celle-ci est ultérieure à cette date. L'accord-cadre est reconduit tacitement jusqu'à son terme. Le nombre de périodes de reconduction est fixé à 3. La durée de chaque période de reconduction est de 12 mois. La durée maximale du contrat, toutes périodes confondues, est de 4 ans. Dans le cas où la notification serait postérieure, l’échéance annuelle (31/12) et l’échéance ultime (31/12/2029) demeureront les mêmes.

La reconduction est considérée comme acceptée si aucune décision écrite contraire n'est prise par le pouvoir adjudicateur au moins 3 mois avant la fin de la durée de validité de l'accord-cadre. Le titulaire ne peut pas refuser la reconduction.

# 7 - Paiement

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

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

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

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 CCAP s'appliquent.

# 8 - Nomenclature(s)

La classification conforme au vocabulaire commun des marchés européens (CPV) est :

|  |  |
| --- | --- |
| Code principal | Description |
| 24111500-0 | Gaz médicaux |
| 50800000-3 | Services divers d'entretien et de réparation |

# 9 - Signature

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation de l'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.

(Ne pas compléter dans le cas d'un dépôt signé électroniquement)

Fait en un seul original

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

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

Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement 1

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

La présente offre est acceptée pour :

|  |
| --- |
|  |

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

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

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

**NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES**

Copie délivrée en unique exemplaire pour être remise à l'établissement de crédit en cas de cession ou de nantissement de créance de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La totalité du marché dont le montant est de (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La totalité du bon de commande n° ........ afférent au marché (indiquer le montant en chiffres et lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La partie des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct, est évaluée à (indiquer en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La partie des prestations évaluée à (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|  |  |

et devant être exécutée par : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . en qualité de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | membre d'un groupement d'entreprise |
|  |  | sous-traitant |

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

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

**Signature** 1

# 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° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
| Dénomination sociale :  SIRET : ………………………….….Code APE…………  N° TVA intracommunautaire :  Adresse : |  |  |  |  |
|  | Totaux |  |  |  |