

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

**MARCHE DE FOURNITURE**

|  |
| --- |
| **AOO 20250095 Fourniture de réactifs d'immunohistochimie pour le service d'anatomie cytologie pathologique du Centre Hospitalier de Valenciennes** |

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Etablissement support des Hôpitaux Hainaut Cambrésis

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**

Etablissement support des Hôpitaux Hainaut Cambrésis

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

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

**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**

Pôle logistique – Cellule des marchés publics

Avenue Désandrouin – B.P. 479

59322 VALENCIENNES Cedex

03 27 14 06 63– [plichon-l1@ch-valenciennes.fr](mailto:plichon-l1@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 du marché public indiquées à l'article "documents contractuels" du cahier des clauses administratives particulières (CCAP) 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 exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après.

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

## 

## 3.1 - Objet

La présente consultation concerne la fourniture de réactifs d'immunohistochimie pour le service d'anatomie cytologie pathologique du Centre Hospitalier de Valenciennes. Il est composé de 15 lots.

Cet acte d’engagement (AE) correspond :

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

**Objet du lot :**

à l’offre de base ;

## 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 avec maximum est passé en application des articles L2125-1 1°, R.2162-1 à R.2162-6, R.2162-13 et R.2162-14 du Code de la commande publique. Il donnera lieu à l'émission de bons de commande.

Chaque accord-cadre sera attribué à un seul opérateur économique.

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

Les prix figurent dans le document Cadre de réponse.

Les montants maximums par lots sont les suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lots | Désignation | Montant maximum annuel |
| 01 | Anticorps anti Cytokératine AE1-AE3 clone AE1-AE3 | 4 348 |
| 02 | Anticorps anti Epithélial Ber-Ep4 clone Ber-Ep4 | 4 448 |
| 03 | Anticorps anti ki-67 clone MIB-1 | 3 768 |
| 04 | Anticorps anti P504S clone 13H4 | 15 138 |
| 05 | Anticorps anti TTF1 clone 8G7G3/1 | 2 258 |
| 06 | Anticorps anti E-Cadhérine clone NCH-38 | 7 064 |
| 07 | Anticorps anti PDL1 clone 22C3 | 7 440 |
| 08 | Anticorps anti P16 INK4a clone MX007 | 22 374 |
| 09 | Anticorps anti P40 clone BC28 | 4 056 |
| 10 | Anticorps anti Hélicobacter Pylori clone SP48 | 3 254 |
| 11 | Anticorps anti P63 clone 4A4 | 19 800 |
| 12 | Anticorps anti PAX8 clone EP331 | 10 800 |
| 13 | Anticorps anti Cytokératine 14 clone SP 53 | 1 578 |
| 14 | Anticorps anti Gata 3 clone L50-823 | 3 568 |
| 15 | Panel Sein : anticorps anti HER2 clone 4B5  anticorps anti RP clone PR1E2  anticorps anti RE clone SP1 | 69 840 |

|  |
| --- |
| 5 - Durée |

L'accord-cadre est conclu pour une période initiale de 12 mois à compter de la date de notification du contrat. 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 48 mois.

La reconduction est considérée comme acceptée si aucune décision écrite contraire n'est prise par le pouvoir adjudicateur au moins 1 mois avant la fin de la durée de validité de l'accord-cadre. Le titulaire ne peut pas refuser la reconduction.

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

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des travaux 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 administratives particulières (CCAP) 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 |

Le candidat renonce au bénéfice de l'avance *(cocher la case correspondante)* :

NON

OUI

**Nota :** Si aucune case n'est cochée, ou si les deux cases sont cochées, le pouvoir adjudicateur considérera que l'entreprise renonce au bénéfice de l'avance.

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

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT/MANDATAIRE**

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation du présent marché public 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 marché public ;

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 marché public ;

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**

Votre offre a été accepté pour les lots suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| LOT et NUMERO DE MARCHE | RETENUE/ACCEPTEE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Taux de TVA : 20 %

La présente offre est acceptée.

À **Valenciennes**,

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

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur

**Monsieur Decourcelles**

Directeur du pole Services

# 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.***