

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

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

|  |
| --- |
| **AOO – 20250097004000**  **PRESTATIONS DE TRANSPORT D’ECHANTILLONS BIOLOGIQUES, PHARMACEUTIQUES ET DE PRODUITS SANGUINS LABILES POUR LES HOPITAUX HAINAUT-CAMBRESIS ET LE GCS SHAB**  **LOT N°4**  **Courses urgentes non programmées : Prestation de transport d’échantillons biologiques pour l’Avesnois** |

**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

## 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 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.

## 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 administratives particulières (CCAP).

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

## 

## 3.1 - Objet

L’objet de la présente consultation est le suivant :

**AOO – 20250097004000 – PRESTATIONS DE TRANSPORT D’ECHANTILLONS BIOLOGIQUES, PHARMACEUTIQUES ET DE PRODUITS SANGUINS LABILES POUR LES HOPITAUX HAINAUT-CAMBRESIS ET LE GCS SHAB**

Cet acte d’engagement (AE) correspond :

1. à l’ensemble du marché public *(en cas de non allotissement)*;

au lot n°………**3**…… ou aux lots n°…………… du marché public *(en cas d’allotissement)* ;

***Courses urgentes non programmées : Prestation de transport d’échantillons biologiques pour l’Avesnois***

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

Il s’agit d’un **accord-cadre sans montant minimum mais avec un montant maximum**, qui est passé en application des articles L. 2125-1 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.

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

Montant maximum :

|  |  |
| --- | --- |
| **Lot** | **Montant maximum par période d’exécution** |
| 04 | 80 000 € HT |

|  |
| --- |
| 5 - Durée |

La durée d’exécution du marché public est de .............**12**............mois ou ………………… jours à compter de :

La date de notification du marché public ;

La date de notification de l’ordre de service ;

La date de début d’exécution prévue par le marché public lorsqu’elle est postérieure à la date de   
 notification (à compter du **02/02/2026 à 07:00**).

*\* Ou à compter de la date de notification du marché au titulaire, si celle-ci est postérieure.*

Le marché public est reconductible :  Non  Oui

*(Cocher la case correspondante.)*

Si oui, préciser :

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

*\* Terme de l’accord-cadre :* ***01/02/2030****.*

|  |
| --- |
| 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 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**

Montant maximum :

|  |  |
| --- | --- |
| **Lot** | **Montant maximum par période d’exécution** |
| 04 | 80 000 € HT |

La présente offre est acceptée.

À **Valenciennes**,

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

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur

Par délégation,

**Monsieur Nicolas SALVI**

Directeur général

# 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.***