



ACTE D'ENGAGEMENT

ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES

Transports terrestres de produits de santé pour le Centre Hospitalier Alpes Léman

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
2 - Identification de l'acheteur.....	4
3 - Identification du co-contractant.....	4
4 - Dispositions générales.....	7
4.1 - Objet	7
4.2 - Mode de passation	7
4.3 - Forme de contrat	7
5 - Prix	7
6 - Durée de l'accord-cadre.....	7
7 - Paiement	8
8 - Nomenclature(s).....	10
9 - Signature	10
ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS	12

1 - Préambule : Liste des lots

Lot(s)	Désignation
02	Transports de produits de santé pour le Centre Hospitalier Alpes Léman

2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : Centre Hospitalier Alpes Léman, établissement support du GHT Léman - Mont-Blanc pour le compte des établissements bénéficiaires

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances : Monsieur le Directeur

Ordonnateur : Monsieur le Directeur de l'établissement bénéficiaire

Comptable assignataire des paiements : Trésorerie Générale de l'établissement bénéficiaire :

Établissement	Comptable assignataire	Adresse	Téléphone	Mail
Centre Hospitalier Alpes Léman	M. Le Trésorier	Trésorerie du Centre Hospitalier Alpes Léman 558 route de Findrol – CS 50064 74130 CONTAMINE SUR ARVE	0480976000	to74050@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.

(1) Cette annexe est à dupliquer en autant d'exemplaires que nécessaire et elle est recommandée dans le cas de groupement conjoint

4 - Dispositions générales

4.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :

Transports terrestres de produits de santé pour le Centre Hospitalier Alpes Léman

Transports terrestres de produits de santé pour les Hôpitaux le Centre Hospitalier Alpes Léman : Produits Sanguins Labiles, Prélèvements Biologiques, dossiers, médicaments et autres.

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

L'ajout d'autres établissements parties du GHT en tant qu'établissements bénéficiaires pourra se faire par le biais de clauses de réexamen sans que le titulaire ne puisse émettre une quelconque réserve.

Les prestations définies au CCAP sont réparties en 2 lots dont le lot 1 (transport de produits de santé pour les HPMB) est en cours d'exécution.

4.2 - Mode de passation

La procédure de passation est : procédure adaptée. Articles L2123-1, R2123-1 à R2123-8 du code de la commande publique.

4.3 - Forme de contrat

L'accord-cadre avec maximum est passé en application des articles L2125-1 1°, R. 2162-1 à R. 2162-6, R. 2162-13 et R. 2162-14 du Code de la commande publique. Il fixe les conditions d'exécution des prestations et s'exécute au fur et à mesure de l'émission de bons de commande.

5 - Prix

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, au(x)quel(s) sera appliqué un rabais de %.

Le montant des prestations pour la période initiale de l'accord-cadre est défini(e) comme suit :

Lot(s)	Désignation	Maximum période globale
02	Transports de produits de santé pour le Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL)	39 000 € HT

6 - Durée de l'accord-cadre

Lot	Etablissement	Démarrage	Echéance
2	CHAL	20/12/2025	31/03/2027

A titre de clause de réexamen, il est prévu la possibilité par avenant d'aligner les échéances des deux lots sur une échéance identique, y compris en modifiant la date de démarrage de l'un ou l'autre des lots.

Prestations 24/24 :

En cas d'urgence, le pouvoir adjudicateur pourra contacter les personnes désignées ci-après qui devront être en mesure de répondre et de satisfaire à leur demande 24 heures sur 24 :

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

Nom	Téléphone	Autres renseignements
.....
.....
.....

7 - Paiement

Le pouvoir adjudicateur se libérera 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 :

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

- ☐ 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.

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

8 - Nomenclature(s)

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

Lot	Code principal	Description
02	60100000-9	Services de transport routier

Nomenclatures internes :

Lot	Code NFHA	Code NCHFS
02	TF11A000	61.01

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 :

[illegible]

A

Le

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

(1) Date et signature originales

NANTISSEMENT OU CESSIION 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

(1) Date et signature originales

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			