

Groupe Hospitalo-universitaire AP-HP Nord – Université Paris-Cité

Secteur Ouest : Beaujon, Bichat – Claude Bernard, Bretonneau

# ACTE D'ENGAGEMENT

CONSULTATION 2025 053 DTVX 012

N° Marché	2	0	2	5	-	0	5	3	-	DTVX	-	014
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	-----

## MARCHE PUBLIC DE TRAVAUX

Marché à Procédure Adaptée (articles R2123-1 R2123-5 et -6 et R2131-12 -13 et R2131-18 du code de la commande publique)

### MAITRE D'OUVRAGE

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS

### ETABLISSEMENT

GHU AP-HP. Nord Université Paris-Cité  
Site Hôpital Louis Mourier (92)

### OPERATION

Travaux de restructuration partielle du service de Psychiatrie – Aile Sud  
2<sup>ème</sup> étage de l'hôpital Louis MOURIER (92)

### Lieu d'exécution

Hôpital Louis Mourier  
Service de Psychiatrie – 2<sup>ème</sup> étage de l'aile Sud  
178 rue des Renouillers  
92700 COLOMBES

### N° et intitulé du lot

LOT 04 – Menuiseries Intérieures / Mobilier

### Acte d'engagement relatif à

☒ L'offre de base

**Comptable assignataire des paiements :** Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

**Références de la personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R.2191-46 à R.2196-62 du code de la commande publique :** Monsieur le Directeur Guillaume du CHAFFAUT du GHU AP-HP Nord – Université de Paris, en application de l'arrêté directorial n°2019-030 du 3 juillet 2019 ou son subdélégué et en application de l'arrêté directorial n°75-2022-07-05-00014 du 5 juillet 2022, l'arrêté directorial en vigueur n°75-2025-08-08-00018 et 00019.

## ARTICLE 1 - IDENTIFICATION DU / DES CONTRACTANT (S)

Je soussigné :

Nom et prénom :

Fonction

☐ Agissant en mon nom propre

☐ Agissant pour le nom et le compte de la Société : (intitulé complet et forme juridique de la société) (\*)

☐ En tant que mandataire du groupement

☐ Solidaire

☐ Conjoint

merci de renseigner la partie D) REPARTITION DES PRESTATIONS ET DES PAIEMENTS ENTRE LES MEMBRES DU GROUPEMENT

(\*)Dénomination

Ayant son siège  
à :

Tel. :

Fax :

Courriel et nom de  
contact :

SIRET :

N° d'inscription au répertoire des métiers ou  
au registre du commerce et des sociétés :

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières et des documents qui y sont mentionnés, et après avoir établi les déclarations aux articles R.2142-3 à R.2142-4, R.2143-4, R.2143-5, R.2143-6 à R.2143-10 et R.2143-11 à R.2143-12 du code de la commande publique, dans la cadre de la présente consultation

1) **M'engage, sans réserve**, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus à exécuter les prestations désignées au marché, aux prix et conditions indiqués dans l'annexe financière jointe. Les prix du marché sont réputés établis sur la base des conditions économiques du mois de **remise de l'offre**, ce mois est appelé « mois zéro » (Mo).

2) Déclare que :

- les prestations sont exécutées pour le compte du groupe hospitalier AP-HP. Nord Université de Paris Cité

- mes prix seront conformes aux stipulations du Cahier des Clauses Administratives Particulières.

Les modalités de révision de prix sont fixées au C.C.A.P.

Les prestations seront rémunérées dans les conditions définies au C.C.A.P.

Le délai d'exécution des prestations est fixé dans le planning général des travaux qui sera rendu définitif à l'issue de la période de préparation.

3) Demande que l'Administration se libère des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du compte ouvert :

compte ouvert à l'organisme bancaire :

à :

au nom de :

sous le numéro :

code banque :

IBAN

BIC (par SWIFT)

clé RIB :

code guichet :

4) Affirme sous peine de résiliation de plein droit du marché ou de sa mise en régie aux torts exclusifs de la société ou association pour laquelle j'interviens, que ladite société ou association ne tombe pas sous le coup de l'interdiction découlant des articles R.2142-3 à R.2142-4, R.2143-4, R.2143-5, R.2143-6 à R.2143-10 et R.2143-11 à R.2143-12 du code de la commande publique.

5) Avance dont le taux est de 5% (option B du CCAG-Travaux) en cochant la case correspondante :

- ☐ OUI Je souhaite bénéficier de l'avance de 5%
- ☐ NON Je renonce au bénéfice de l'avance de 5%

6) Mon offre me lie pour la durée de validité des offres indiquée au Règlement de Consultation.

Fait en un seul original  
Lieu :

Date :

Signature électronique précédée de la mention « lu et approuvé »

## ARTICLE 2 - PRIX

**2.1.** Les prestations seront rémunérées par application de la Décomposition du prix global et forfaitaire (DPGF).

Montant hors T.V.A.		Euros H.T.
T.V.A. au taux de 10,00%		Euros (en chiffres)
Montant T.V.A. incluse		Euros T.T.C.
arrêté en lettres - (Montant TTC)		

**2.2.** Les prix sont révisables sur l'ensemble de la durée du marché.

### **2.3. Mois d'établissement du prix du marché**

Le prix du marché est réputé établi sur la base des conditions économiques du mois de novembre 2025 ce mois est appelé « mois zéro » (Mo).

## ARTICLE 3 - DELAIS

Le délai d'exécution du marché est de 12 mois décomposé comme suit :

- Préparation : 1 mois (par dérogation à l'article 28.1 du CCAG-Travaux)
- Exécution : 11 mois

Ce délai commence à courir à partir de l'émission de l'ordre de service de démarrage des travaux.

Le délai d'exécution pour lequel je m'engage sera déterminé dans les conditions stipulées au C.C.A.P. Toutefois, le représentant de l'acheteur se libérera des sommes dues aux sous-traitants payés directement en faisant porter les montants aux crédits des comptes désignés dans les actes spéciaux.

Numéro de Marché

**2025 053 DTVX 014**

Objet

**Travaux de restructuration partielle du service de Psychiatrie -  
Aile Sud 2<sup>ème</sup> étage de l'hôpital Louis MOURIER (92)**

Lot

**LOT 04 - Menuiseries Intérieures / Mobiliers**

**Est acceptée la présente offre pour valoir ACTE D'ENGAGEMENT**

**Avec la société**

Montant du marché établi sur l'offre :

☐ Initiale

☐ Après phase de négociation

Valeur du mois zéro M0

Durée

Date d'effet / de notification

Budget	Classe	Exercices	Code GHA	CPV
BUDGET GENERAL	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6	2025 - 2026 - 2027	099999	45 45 41 00 45421000/39181000

Si elle est établie dans un autre Etat membre de l'Union Européenne, la société titulaire devra impérativement faire figurer, sur chaque facture, le numéro individuel d'identification pour les opérations intracommunautaires de l'AP-HP : **FR95267500452**.

**Comptable assignataire des paiements** : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

**Références de la personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R.2191-46 à R.2196-62 du code de la commande publique** : Monsieur le Directeur Guillaume du CHAFFAUT du GHU AP-HP Nord - Université de Paris, en application de l'arrêté directorial n°2019-030 du 3 juillet 2019 ou son subdélégué et en application de l'arrêté directorial n°75-2022-07-05-00014 du 5 juillet 2022, l'arrêté directorial en vigueur n°75-2025-08-08-00018 et 00019.

**Visa du Contrôleur Financier :**

Le Contrôleur Financier  
Près de l'AP-HP

Paris, le

Sans Objet

Pour le Directeur Général de l'AP-HP  
et par délégation, Monsieur Guillaume du  
CHAFFAUT, Directeur du groupe hospitalier AP-  
HP. NORD - Université de Paris Cité ou son  
subdélégué dûment habilité

## ARTICLE 6 - REPARTITION DES PRESTATIONS ET DES PAIEMENTS ENTRE LES MEMBRES DU GROUPEMENT

### FORME DU GROUPEMENT

☐ Groupement solidaire

Les contractants solidaires s'engagent financièrement pour la totalité des prestations visées au présent marché.

☐ Groupement conjoint

Les contractants conjoints précisent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'eux s'engage à réaliser :

<i>Membre du Groupement</i>	<i>Prestations assurées</i>	<i>Montant*</i>

### Informations des membres du groupement ( Cette page est à dupliquer si nécessaire) : (Joindre les documents administratifs correspondants)

Nom et prénom :

Agissant pour le compte de la Société : (intitulé complet et forme juridique de la société)

Fonction

Ayant son siège  
à :

Tel. :

Fax :

Courriel :

SIRET :

N° d'inscription au répertoire des métiers ou  
au registre du commerce et des sociétés :

compte ouvert à l'organisme bancaire :

à :

au nom de :

sous le numéro :

code banque :

IBAN

BIC (par SWIFT)

clé RIB :

code guichet :

Joindre un RIB faisant apparaître le logo

## ARTICLE 7 - CADRE POUR FORMULE DE NANTISSEMENT OU CESSIION DE CREANCES

Copie conforme à l'original du présent acte d'engagement délivrée en UN EXEMPLAIRE UNIQUE pour servir et faire valoir ce que droit dans le cadre du nantissement de créance pour le :

Le montant global du marché, soit

Une partie du marché à hauteur de

A , le

Le représentant légal de l'hôpital