|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET SERVICES**  ACTE D'ENGAGEMENT |  |

*Cadre réservé à l’acheteur*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARCHE N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MONTANT (€ HT)** | **Une partie forfaitaire et une autre partie à bons de commandes sans minimum et avec un montant maximum 455 000 € HT pour toute la durée du marché** |

|  |  |
| --- | --- |
| **LOT(S) N°** | **UNIQUE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **à (nom du titulaire)** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE de NOTIFICATION** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ou DATE de DÉBUT** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

**Partie 1 - ACTE D’ENGAGEMENT (CONTRAT)**

**A- Objet de l’acte d’engagement**

** Objet de l’accord-cadre:**

Passé selon la procédure d’appel d’offres

(Articles L.2124-2 1°, R.2161-2 à R.2161-5 du Code de la commande publique)

**Marché de Maintenance Préventive et Corrective des Appareils Elévateurs des Etablissements du GHT 78 Sud à l’exception du Centre Hospitalier de Versailles**

**Date limite de réception des offres : 26 janvier 2026 à 12h**

** Cet acte d'engagement correspond :**

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

à l’ensemble de l’accord-cadre

*à* l’offre de base

**B- Engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

** Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

Après avoir pris connaissance des éléments constitutifs de l’accord-cadre listés dans ce présent document, et conformément à leurs clauses

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

Le signataire

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ................................................................................................. |
| Prénom : | ................................................................................................. |
| Qualité : | ................................................................................................. |

s’engage, sans réserve, sur la base de son offre et pour son propre compte

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social, si elle est différente de celle de l’établissement, son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| .........................................................................................................  ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

ou

engage, sans réserve, la société ci-dessous sur la base de son offre

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social, si elle est différente de celle de l’établissement, son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| ......................................................................................................... |
|  | ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

ou

L’ensemble des membres du groupement d’opérateurs économiques s’engagent, sur la base de l’offre du groupement

*(indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social, si elle est différente de celle de l’établissement, son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

***Mandataire du groupement***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

***Opérateur économique n° 1***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Opérateur économique n° 2***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

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

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

aux prix indiqués ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Montant hors TVA | ........................................... euros |
| Montant de TVA Taux de TVA (...............%) | ........................................... euros |
| Montant TVA incluse | ........................................... euros |

***Montant global HT*** *de la solution de base (en lettres)*

...............................................................................................................................................................................................................................................................

***Montant global TTC*** *de la solution de base (en lettres)*

...............................................................................................................................................................................................................................................................

ou

**aux prix indiqués dans les annexes financières (DPGF-BPU) jointes au présent document.**

** Identification de l’organisme de facturation (Si différent du Titulaire)**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| .........................................................................................................  ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Commune : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |

Cette rubrique est à compléter afin d’éviter des rejets de facture dans l’outil CHORUSPRO.

** Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations**

Pour l’exécution de l’accord cadre, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation des membres**  **du groupement conjoint** | **Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint** | |
| **Nature de la prestation** | **Montant HT**  **de la prestation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

** Compte(s) à créditer**

*(compléter et joindre un(des) relevé(s) d’identité bancaire)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire** | **Etablissement** | **IBAN** | **BIC** |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… |
| …………………………… | …………………… | …………… | …………… |

** Délais de paiement**

L’établissement Bénéficiaire est un établissement de santé : le délai de paiement est de 50 (cinquante) jours à compter de la date de réception de la facture. Le paiement s’effectuera par mandat administratif.

** Avance**

En application des dispositions de l’article R. 2191-3 du code de la commande publique, le présent accord-cadre ouvre droit au versement d’une avance si le montant du contrat, de la commande, de la reconduction, est supérieur à 50 000 € HT et le délai d’exécution supérieur à deux mois.

Le Titulaire accepte le bénéfice de l’avance prévue à l’article R2191-3 du Code de la Commande Publique :

OUI  NON

Dans le cas où le titulaire décide de bénéficier de l’avance, l’acheteur opte pour l’une ou l’autre des options suivantes. A défaut, l’option A est retenue d’office :

Option A

Option B

*Dans le cas où le titulaire souhaite une avance. Elle sera de 30 % du montant indiqué, conformément aux conditions prévues à l’article R. 2191-7 du code de la commande publique, soit d’un montant total de : …………………. € HT minimum.*

** Voies et délais de recours**

Tout litige né de l’exécution de la prestation est du ressort du**:**

Tribunal Administratif de Versailles

Greffe du Tribunal Administratif de Versailles

56, avenue de Saint-Cloud

78011 VERSAILLES

Téléphone : 01 39 20 54 00 - Fax: 01 39 20 54 87

Courriel : greffe.ta-versailles@juradm.fr

Adresse internet : <http://www.ta-versailles.juradm.fr>

** Durée totale de l’accord-cadre**

La durée de l’accord-cadre est conclue pour **une durée de 12 mois à compter de :**

L’accord-cadre débutera à compter de :

la date de notification du marché ou de l’accord-cadre ;

la date de notification de l’ordre de service ;

la date de début d’exécution prévue par le marché ou l’accord-cadre **soit le 01 mars 2026** ou de la date de notification du marché si celle-ci est ultérieure,

L’accord cadre est reconductible :  NON  OUI

Si oui, préciser :

* Reconduction :  expresse ou  tacite
* Nombre des reconductions : 3
* Durée des reconductions : 12 mois

**La durée maximale de l’accord-cadre est de 48 mois.**

**C- Signature de l’accord-cadre par le titulaire individuel ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement**

** Signature de** **l’accord cadre par le titulaire individuel ou mandataire du groupement**

**Interdictions de soumissionner**

**Le candidat individuel, ou chaque membre du groupement, déclare sur l’honneur :**

**a) n’entrer dans aucun des cas d’interdiction de soumissionner prévus aux articles L.2141-1 à L.2141-5 et L.2141-7 et à L.2141-11 du Code de la Commande Publique;**

**b) être en règle au regard des articles L.5212-1 à L.5212-11 du Code du Travail concernant l’emploi des travailleurs handicapés.**

**Afin d’attester que le candidat individuel, ou chaque membre du groupement, n’est pas dans un de ces cas d’interdiction de soumissionner, cocher la case suivante :**  *(à cocher par le candidat)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature et cachet de l’entreprise** |
|  |  |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

** Signature de l’accord-cadre en cas de groupement**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *:*

**Raison sociale :** …………………………………………………………………………………………

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

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 ;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document)*

pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures de l’accord cadre;

*(joindre les pouvoirs en annexe du présent document)*

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 de l’accord cadre;

donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :

*(donner des précisions sur l’étendue du mandat)*

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature et cachet de l’entreprise** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.*

**D- Identification de l’acheteur public**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acheteur – Etablissement support du GHT Yvelines Sud** | **Centre Hospitalier de Versailles** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse** | Hôpital André-Mignot  177, rue de Versailles  78157 Le Chesnay cedex |
| **Téléphone** | 01.39.63.91.33 |
| **Télécopie** | 01.39.54.48.89 |
| **Site internet**  **Profil acheteur** | <http://www.ch-versailles.fr>  <https://www.marches-publics.gouv.fr/> |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signataire de l’accord cadre (prénom, nom et qualité)** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article R2191-59 du Code la Commande Publique** | Le Directeur Général, Monsieur Pascal BELLON |
| **Comptable assignataire (désignation, adresse et numéro de téléphone)** | Voir annexe comptables |
| **Imputation budgétaire** | Budget Hospitalier |

** Le présent accord cadre** est conclu par l’établissement support désigné par la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) en date du 30 juin 2016.

** L’établissement support** agit :

pour son propre compte uniquement

pour son propre compte et le compte des établissements désignés à l’annexe de l’acte d’engagement dans le cadre du GHT

pour l’(les) établissement(s) désigné(s) à l’annexe de l’acte d’engagement dans le cadre du GHT

* **Le Centre Hospitalier de Rambouillet** situé au 5 rue Pierre et Marie Curie, 78120 Rambouillet ;
* **L’Hôpital Gérontologique Philippe Dugué** situé au 1 rue Jean Mermoz, 78460 Chevreuse ;
* **L’Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion** situé au Lieu-dit Hpr Longchêne, 78830 Bullion ;
* **Le Centre Hospitalier de Plaisir** situé au 220 rue François Mansart, 78370 Plaisir ;
* **L’EHPAD « Les Aulnettes »** situé au 52 rue du Général Gallieni, 78220 Viroflay ;
* **L’Hôpital Le Vésinet** situé au 72 avenue de la Princesse, 78110 Le Vésinet ;
* **Le Centre Hospitalier de la Mauldre** situé au 23 rue Saint Louis, 78760 Jouars Pontchartrain ;
* **L’Hôpital de Houdan** situé au 42 rue de Paris, 78550 Houdan ;

**E- Décision de l’acheteur public**

*Partie réservée à l’acheteur*

**La présente offre est acceptée :**

Avec sa solution de base

Avec sa variante n° …

Avec son(ses) option(s)

Elle est complétée par les annexes suivantes :

Annexe relative à la désignation des établissements concernés par l’exécution du contrat

Annexe financière *(à préciser)* : DPGF et BPU

RIB

Autres annexes *(à préciser)* :

Le Chesnay, le

Pascal BELLON

L’Acheteur Public,

Le Directeur général,

du Centre Hospitalier de Versailles,

Etablissement support du GHT Yvelines Sud

**F- Notification**

Par avis de réception postal (joint au présent acte d’engagement)

Par avis de réception électronique reçu via le profil acheteur

Signé par le titulaire remis en mains propres.

**G- Nantissement ou cession de créance**

**Copie délivrée en unique exemplaire** pour être remise à l'établissement de crédit ou au bénéficiaire de la cession ou du nantissement de droit commun.

Le Chesnay, le

Pascal BELLON

L’Acheteur Public,

Le Directeur général,

du Centre Hospitalier de Versailles,

Etablissement support du GHT Yvelines Sud