

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**CAISSE PRIMAIRE D’ASSURANCE MALADIE DES YVELINES**

**DIRECTION LOGISTIQUE ET INFORMATIQUE**

**92, AVENUE DE PARIS**

**78000 VERSAILLES**

|  |
| --- |
| **SIÈGE DE LA CPAM DES YVELINES : RÉNOVATION DE L’ACCÈS PRINCIPAL VÉHICULES ET PIÉTONS** |

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

**CONSULTATION N° 2025.78.1.2.1.031.00.00.00**

Etabli en application du Code de la Commande Publique, en application de l’Article L.2124-2

de ce dernier et de l’Arrêté du 19 juillet 2018 portant règlementation sur les marchés publics

des Organismes de Sécurité Sociale.

**LA PROCEDURE DE CONSULTATION UTILISEE EST UNE PROCEDURE ADAPTÉE**

**EN APPLICATION DE L’ARTICLE R.2123-1 DU CODE DE LA COMMANDE PUBLIQUE**

L’acte d’engagement est comporté de 7 feuillets

Numérotés de 1 à 7.

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

*Utiliser une des formules A ou B et rayer celle inutilisée*

**A : POUR LES ENTREPRISES INDIVIDUELLES**

Je soussigné (Nom ; Prénoms) : **..............................................................................................................**

Agissant en mon nom personnel, domicilié : **............................................................................................**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

Numéro de téléphone : **.............................................................................................................................**

Immatriculé à l’INSEE sous le N°: **............................................................................................................**

Au registre du Commerce du Greffe du Tribunal de : **................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

Immatriculé au répertoire de la Chambre des Métiers de : **......................................................................**

Sous le n° : **...............................................................................................................................................**

Sous le numéro d’identification SIRET : **..................................................................................................**

Code d’Activité Economique (A.P.E.) : **.....................................................................................................**

**B : POUR LES SOCIETES**

Je soussigné (Nom ; Prénoms) : **.......................................................................................**

Agissant au nom et pour le compte de, domicilié :**...............................................................**

**.................................................................**

**.................................................................**

Numéro de téléphone : **..............................................................................................................**

Au capital de : **............................................................................................................................**

Dont le siège social est : **............................................................................................................**

Immatriculé à l’INSEE sous le N°: **.....................................................................................**

Au registre du Commerce du Greffe du Tribunal de :**...........................................................**

Sous le numéro d’identification SIRET : **....................................................................................**

Code d’Activité Economique (A.P.E.) : **......................................................................................**

Présentation sous forme de groupement : Agissant en tant que :

 Mandataire  Membre

Du groupement :  Solidaire  Conjoint

Référence : lettre de candidature en date du :

*Les grattages, effanages par produit chimique, collages de papillons sont interdits dans l’ensemble du présent document et de ses annexes. Lorsqu’il y a lieu d’opérer une rectification dans le montant d’une somme ou dans le corps d’une phrase, la partie à corriger est biffée au moyen d’un trait et remplacée par l’énonciation exacte qui lui est substituée. La substitution en interligne ou par renvoi est approuvée et signée ou paraphée par le signataire du document. Les blancs sont à compléter sans altération, les parties non utilisées sont raturées par des traits obliques.*

**C : DATE D’ÉTABLISSEMENT DES PRIX**

La date d’établissement des prix correspond à la date de remise des offres tel qu’indiqué dans le règlement de consultation.

**D : DÉCOMPOSITION DU PRIX DU MARCHÉ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prix Total général du DPGF hors option** |  | **€ HT** |
|  |  | **% de TVA** |
|  |  | **€ TTC** |
| **Prix Total de l’option du DPGF** |  | **€ HT** |
|  |  | **% de TVA** |
|  |  | **€ TTC** |

**E : ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières et ses annexes du Cahier des Clauses Techniques Particulières et des documents qui y sont mentionnés :

1. J’atteste que je ne suis pas, non plus que la Société, ni aucune des personnes qui y occupent des positions définies aux 2ème et 3ème alinéa de l’Article 185 de la Loi n° 85-98 du 25 janvier 1985, en état de liquidation judiciaire ou frappé de faillite personnelle ou de l’interdiction prévue à l’Article 192 de la Loi précitée ou procédure équivalente si le soumissionnaire est établi à l’étranger.
2. J’atteste que je ou que la Société a satisfait pour la totalité des impôts et cotisations dus à(aux) (l’) adresse(s) de son(ses) établissement(s) à l’ensemble des obligations prévues par l’Article 39 de la Loi du 10 avril 1954 modifié.
3. Je certifie, sous peine de l’application des sanctions que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.
4. **Je m’engage, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées dans les conditions indiquées au Cahier des Clauses Techniques Particulières et ses annexes et du Cahier des Clauses Administratives Particulières et ses annexes**.
5. **Je m’engage, à respecter les prix indiqué dans le DPGF annexé au présent acte d’engagement.**
6. Je demande que la Caisse Primaire d’Assurance Maladie des Yvelines se libère des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du compte ouvert au nom de :

Code banque : Code guichet :

Sous le numéro **** :

- à la banque :

- au Trésor Public :

1. J’affirme, sous peine de résiliation de plein droit du marché ou de sa mise en régie, à mes torts exclusifs (ou aux torts exclusifs de la Société pour laquelle j’interviens), que je ne tombe pas (ou que ladite Société ne tombe pas) **** sous le coup de l’interdiction découlant de l’Article 50 modifié de la Loi n° 52-401 du 14 avril 1952.
2. J'atteste que la Société réalisera le travail avec des salariés employés régulièrement au regard des Articles L.1221-10, L. 3243-2 et R. 3243-1 du Code du travail ou règles d'effet équivalent pour les candidats étrangers.
3. J'atteste que je n'ai pas fait l'objet au cours des 5 dernières années d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour les infractions visées aux L. 8221-1, L. 8221-3, L. 8221-5, L. 8231-1, L. 8241-1, L. 8251-1 et L. 8251-2 du code du travail.
4. J’affirme avoir pris connaissance que l’unité monétaire choisie par l’Organisme est l'EURO.
5. Mon offre me lie pour la durée de validité des offres indiquée au Règlement de la Consultation.
6. Coordonnées de l’opérateur économique :

Indiquer ci-après les coordonnées de la personne pouvant être contactée si des renseignements complémentaires s’avéraient nécessaires.

* Nom et prénom : **.....................................................................................**
* Fonction : **..............................................................................................**
* Adresse : **..............................................................................................**
* Numéro de téléphone : **.............................................................................**
* Courriel : **..............................................................................................**

En cas de groupement d’entreprises, le Pouvoir Adjudicateur se libère des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit de :

* **Premier co-contractant** :

Code banque : Code guichet :

Sous le numéro **** :

- à la banque :

- au Trésor Public :

* **Deuxième co-contractant** :

Code banque : Code guichet :

Sous le numéro **** :

- à la banque :

- au Trésor Public :

* **Troisième co-contractant** :

Code banque : Code guichet :

Sous le numéro **** :

- à la banque :

- au Trésor Public :

* **Quatrième co-contractant** :

Code banque : Code guichet :

Sous le numéro **** :

- à la banque :

- au Trésor Public :

****** *Indiquer toutes les caractéristiques numériques portées sur le relevé d’identité bancaire,*

* **Répartition des paiements entre les co-contractants** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prix global et forfaitaire en € HT | Société  Montant en € HT | Société  Montant en € HT | Société  Montant en € HT | Société  Montant en € HT |
|  |  |  |  |  |

* **Sous-traitance** :

Pour l’exécution du marché :

 Je n’envisage pas de recourir à un ou plusieurs sous-traitants.

 J’envisage de recourir à la sous-traitance et fourni tous les documents et informations listés à l’article R.2193-1 et suivants du CCTP et du CCAP.

Je certifie que les travaux seront réalisés avec des salariés employés régulièrement au regard des articles du Code du Travail.

**FAIT EN UN SEUL ORIGINAL**

#### A Le

**Mention manuscrite "LU ET APPROUVE"**

**Signature du Titulaire et / ou des co-contractants, écrite à la main**

**Cachet du fournisseur et / ou des co-contractants**

**PARTIE RESERVEE A LA CPAM des Yvelines**

**Représentant du Pouvoir Adjudicateur :**

Madame la Directrice Générale de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie des Yvelines

92, Avenue de Paris - 78000 Versailles.

**Comptable assignataire des paiements :**

Monsieur l’Agent Comptable de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie des Yvelines

92, Avenue de Paris – 78000 Versailles.

**Personne habilitée à donner les renseignements :**

Madame la Directrice Général de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie des Yvelines

92, Avenue de Paris - 78000 Versailles.

**Est acceptée la présente offre pour valoir Acte d’Engagement.**

#### A VERSAILLES Le

**LE REPRESENTANT DU POUVOIR ADJUDICATEUR**

**L’acceptation de l’offre a été notifiée au candidat le :**