 

|  |
| --- |
| **ACTE D’ENGAGEMENT** |

Valable uniquement dans la mesure où il est complété par le CCAP

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTIE « A » RESERVEE A L’ADMINISTRATION** | |
| Marché A Procédure Adaptée - R.2123-1.1°, du Code de la Commande Publique | |
| Consultation n° | HMN25T09TRX |
| Objet | Remplacement du système d’appel malade Bâtiment A&B de l’hôpital DUPUYTREN |
| Maître d’Ouvrage | Assistance Publique Hôpitaux de Paris |
| Groupe hospitalier | Hôpitaux Universitaire Henri Mondor |
| Site | DUPUYTREN |
| Nom du fournisseur |  |
| Code fournisseur |  |
| N° et désignation du lot attribué | 01 - Remplacement du système d’appel malade Bâtiment A&B de l’hôpital DUPUYTREN |
| N° de marché |  |
| Date de notification du marché à compter de sa réception |  |
| Signataire du marché | Madame la Directrice des HUHM, ayant reçu délégation de signature du Directeur Général |

|  |
| --- |
| **PARTIE « B » RESERVEE AU PRESTATAIRE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je soussigné, |  | |
| Dont la fonction est |  | |
| Agissant pour mon propre compte ou pour le compte de |  | |
| Mandataire du groupement *(\*)*  *(\*) Rayer la mention inutile* | Solidaire *(\*)* | Conjoint *(\*)* |
| Dont le siège social est situé à |  | |
| N° de téléphone |  | |
| N° de télécopie |  | |
| Adresse email |  | |
| N° SIRET |  | |
| N° RC |  | |
| Code APE |  | |
| Je soussigné, |  | |
| Dont la fonction est |  | |
| Agissant pour mon propre compte ou pour le compte de |  | |
| Dont le siège social est situé à |  | |
| N° de téléphone |  | |
| N° de télécopie |  | |
| Adresse email |  | |
| N° SIRET |  | |
| N° RC |  | |
| Code APE |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières applicables au présent marché et des documents qui y sont mentionnés,  Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Techniques Particulières applicable au présent marché, de ses annexes et des documents qui y sont mentionnés,  Et après avoir établi les déclarations prévues à l’article R.2143-3 du Code de la Commande Publique. | | | | | |
| 1 - M’engage, sans réserve, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus à exécuter les prestations désignées au marché du lot | | | | | |
| N° du lot | Désignation du lot | | | | |
| 01 | Remplacement du système d’appel malade Bâtiment A&B de l’hôpital DUPUYTREN | | | | |
| 2 – Demande que l’Administration se libère des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du compte ouvert :  **⮶NE PAS INDIQUER LE RIB FACTOR – INDIQUER LE RIB DU TITULAIRE ⮷**  **⮶ A RENSEIGNER DANS SON INTEGRALITE ⮷** | | | | | |
| Au nom de |  | | | | |
| A la banque |  | | Code banque | |  |
| Compte n° |  | | Code RIB | |  |
| Code guichet |  | | | | |
| Au nom de |  | | | | |
| A la banque |  | | Code banque | |  |
| Compte n° |  | | Code RIB | |  |
| Code guichet |  | | | | |
| Toutefois, le Maître de l'Ouvrage se libérera des sommes dues aux sous-traitants payés directement en faisant porter les montants aux crédits des comptes désignés dans les actes spéciaux. | | | | | |
| 3 – 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 L.2141-5 et L.2141-7 à L.2141-7 du Code de la Commande Publique. | | | | | |
| Le délai de paiement est fixé à 50 jours conformément à l’article R.2192-11 1° du Code de la Commande Publique.  Les modalités de révision ou d'actualisation des prix sont fixées au C.C.A.P.  Les contractants solidaires s’engagent financièrement pour la totalité des prestations visées au présent marché.  Les contractants conjoints joignent un tableau de répartition des prestations que chacun d’eux s’engage à réaliser.  Ce tableau de répartition indique pour chaque membre : le nom du membre du groupement, les prestations assurées et leurs montants. | | | | | |
| ***Nantissement***  Le montant maximal, T.V.A. incluse, de la créance que je pourrai présenter en nantissement est de : | | *(En lettres)* | | | |
| ***Avance forfaitaire***  Pour les bons de commande supérieurs à 50 000 € HT et d’une durée d’exécution de plus de 2 mois. | | Je renonce  au bénéfice de l’avance forfaitaire | | Je NE renonce PAS  au bénéfice de l’avance forfaitaire | |
| ***Délais***  Le délai global d'exécution du ou des marchés est fixé à 12 mois à compter de la notification de l’ordre de service. | | | | | |

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

|  |
| --- |
| **MARCHE DE BASE** |

**Le candidat a obligation de répondre au marché de base. Cette obligation conditionne la validité de l’offre.**

|  |  |
| --- | --- |
| PRIX HORS TAXES | € HT |
| PRIX HORS TAXES, en lettres |  |
| TAUX TVA | 20 % |
| TAUX DE LA TVA | € |
| PRIX TOUTES TAXES COMPRISES | € TTC |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTIE « C » RESERVEE A L’ADMINISTRATION** | |
| Objet | Remplacement du système d’appel malade Bâtiment A&B de l’hôpital DUPUYTREN |
| Compte budgétaire |  |
| Imputation budgétaire |  |
| Comptable assignataire des paiements | Le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’APHP |
| Personne habilitée à donner des renseignements | Madame la Directrice des HUHM, ayant reçu délégation de signature du Directeur Général |
| N° de marché |  |
| Nom du fournisseur |  |
| N° et désignation du lot attribué | 01 – Remplacement du système d’appel malade Bâtiment A&B de l’hôpital DUPUYTREN |
| Est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement d’un montant de |  |

A Paris, le

Le Directeur Général de l’Assistance Publique des hôpitaux de Paris

Par délégation Madame Edith BENMANSOUR Directrice du GHU HUMN