

|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT** |

**ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES**

|  |
| --- |
| **Marché d’entretien des installations CVCD (Chauffage, Ventilation, Climatisation et Désenfumage) des établissements du GHT Léman Mont-Blanc (74) suivants : CHAL et ses sites annexes, HDR, EPSM74 et ses centres locaux** |

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 bénéfiiaires

SOMMAIRE

[1 - Préambule : Liste des lots 3](#_Toc212467784)

[2 - Identification de l’acheteur 3](#_Toc212467785)

[3 - Identification du co-contractant 4](#_Toc212467786)

[4 - Dispositions générales 5](#_Toc212467787)

[3.1 - Objet 5](#_Toc212467788)

[3.2 - Mode de passation 6](#_Toc212467789)

[3.3 - Forme de contrat 6](#_Toc212467790)

[5 - Prix 6](#_Toc212467791)

[6 - Durée de l'accord-cadre 6](#_Toc212467792)

[7 - Paiement 7](#_Toc212467793)

[8 - Nomenclature(s) 7](#_Toc212467794)

[9 - Signature 8](#_Toc212467795)

ANNEXE N°1: DESIGNATION DES CO-TRAITANTS ET REPARTITION DES PRESTATIONS

# 1 - Préambule : Liste des lots

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lot(s)** | **Désignation** | **Montant maximum HT**  **(Y compris maintenant curative)** |
| 1 | Entretien des installations CVCD (Chauffage, Ventilation, Climatisation et Désenfumage) pour la zone géographique de la vallée de l’Arve | 509 000 € |
| 2 | Entretien des installations CVCD (Chauffage, Ventilation, Climatisation et Désenfumage) pour la zone géographique du Genevois français | 215 000 € |

# 2 - Identification de l’acheteur

Nom de l'organisme :

**Le Pouvoir adjudicateur est** :

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 de la prestation et en charge de l’exécution du marché** :

* Centre Hospitalier Alpes Léman
* Hôpital Départemental de Reignier
* Etablissement Public de Santé Mentale 74

**Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances** :

* CHAL : Monsieur le Directeur
* HDR : Madame la Directrice
* EPSM : Monsieur le Directeur

**Ordonnateur** :

* CHAL : Monsieur le Directeur
* HDR : Madame la Directrice
* EPSM : Monsieur le Directeur

**Comptable assignataire des paiements** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Établissement** | **Comptable assignataire** | **Adresse** | **Téléphone** | **Mail** |
| **CHAL** | M./Mme le/la Trésorièr(e) | Trésorerie du Centre Hospitalier Alpes Léman  558 route de Findrol – CS 50064  74130 CONTAMINE SUR ARVE | 04 80 97 60 00 | [t074050@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:t074050@dgfip.finances.gouv.fr) |
| **HDR** | M./Mme le/la Trésorièr(e) | Trésorerie Hospitalière de la Roche-sur-Foron  1 place Andrevetan  74805 LA ROCHE SUR FORON cedex | 04 50 03 26 85 | [t074021@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:t074021@dgfip.finances.gouv.fr) |
| **EPSM 74** | M./Mme le/la Trésorièr(e) | 530 Rue de la Patience  748000  LA ROCHE SUR FORON | 04 50 03 26 85 | [t074021@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:t074021@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.

Dans tous les cas :

Adresse électronique nécessaire aux notifications par échanges dématérialisés faites par l’acheteur :

Mail: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

# 4 - Dispositions générales

## 3.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :

**Marché d’entretien des installations CVCD (Chauffage, Ventilation, Climatisation et Désenfumage) des établissements suivants : CHAL et ses sites annexes, HDR, EPSM74 et ses centres locaux**

Les sites concernés par le présent marchés sont les suivants :

**Centre Hospitalier Alpe Léman (CHAL) :**

* **Site principal** :

558 route de Findrol, 74130 Contamine sur Arve

* **Sites annexes** :
  + **CHAL – EHPAD Les Edelweiss** : 8 rue Ravier, 74 100 AMBILLY
  + **CHAL – EHPAD Peterschmitt** : 52 rue Crève-Cœur, 74 130 BONNEVILLE
  + **CHAL – EHPAD La Rose des Vents** : 110 rue Simone Veil, 74 460 MARNAZ
  + **CHAL – Centre de Consultations Avancées** : 17 bis Rue du jura, 74 100 AMBILLY

*Ce site déménagera en cours d’exécution du contrat à l’adresse suivante : 19 avenu Marguerite Yourcenar, 74100 AMBILLY. Les modifications induites seront intégrées contrat par voie d’avenant.*

* + **CHAL – IFSI** (Institut de Formation en Soins Infirmiers) : 11 Rue de la fraternité, 74 100 AMBILLY

*Ce site déménagera en cours d’exécution du contrat. Les modifications induites seront intégrées contrat par voie d’avenant*.

**Hôpital Départemental de Reignier (HDR)** :

* + 61 rue des Vents Blancs, 74 930 REIGNIER-ESERY

**Etablissement Public de Santé Mentale 74 (EPSM)** :

* + 530, rue de la Patience, CS 20149, 74805 La Roche-sur-Foron
* **EPSM – centres locaux** :
  + **EMAS** : 410, rue du Mannet, 74130 BONNEVILLE
  + **CMPA-CATTPA** : 10, rue du Mannet, 74130 BONNEVILLE
  + **Centre médico-psychologique** : 9 route du Chatillon, 74300 CLUSES
  + **Centre médico-psychologique** : 127, rue Dominique Cancellieri 74700 SALLANCHES
  + **Centre médico-psychologique** : 5 rue des Mésanges, 74160, SAINT JULIEN EN GENEVOIS
  + **Centre médico-psychologique** : Impasse Henri Becquerel, 74100 VETRAZ-MONTHOUX
  + **Centre médico-psychologique infanto-juvénile** : Rue des Carrés, 74100 VTRAZ-MONTHOUX

*Ce centre sera en rénovation complète de fin d’année 2026 à janvier 2028. Les équipements seront identiques après la rénovation. Nous demandons donc aux candidats une offre de maintenant préventive de 6 mois afin de faciliter l’exécution du marché pour ce site.*

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

Lors du lancement de la présente consultation, les besoins du Centre hospitalier Alpes Léman et de l’Hôpital Départemental de Reignier sont identifiés. Cette liste n'est toutefois pas exhaustive et les besoins des autres établissements membres du GHT sont susceptibles d'être pris en compte en cours d'exécution du contrat dans le cadre des clauses dites de réexamen du contrat (article R2194-1 du code de la commande publique), sans que le titulaire ne puisse émettre une quelconque réserve. Il est toutefois dûment précisé que les établissements parties demeurent libres d’adhérer au présent contrat pour répondre à leur besoin, et qu’ils ne sont aucunement tenus par une clause d’exclusivité.

## 3.2 - Mode de passation

La procédure de passation est : l'appel d'offres ouvert. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2124-2, R. 2124-2 1° et R. 2161-2 à R. 2161-5 du Code de la commande publique.

## 3.3 - Forme de contrat

L’accord-cadre avec maximum est passé en application des articles L2125-1 1°, R. 2162-1 à R. 2162-6 à 2162-14 du Code de la commande publique. Ila pour objet de définir les termes régissant les marchés éventuels passés sur son fondement, désignés ci-après marchés subséquents.

Cet accord-cadre fixe de plus toutes les conditions d’exécution des prestations suivantes exécutées au fur et à mesure de l’émission de bons de commande.

# 5 - Prix

L'offre de prix remise par le candidat est une offre définitive pour les prestations identifiées. Néanmoins d’autres éléments pourront être précisés ou complétés lors de la passation des marchés subséquents dans les conditions définies au CCAP.

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.

Lorsque cela est demandé par le pouvoir adjudicateur dans le CCTP, les candidats joignent à leur offre la liste détaillée des consommables et pièces détachées inclus dans le forfait maintenance préventive.

# 6 - Durée de l'accord-cadre

L’accord cadre est conclu pour une période initiale de 24 mois à compter de sa date de notification (dans le cas où le cahier des charges prévoit des débuts d’exécution différés pour certaines prestations, l’échéance de la période initiale est malgré tout commune). L'accord-cadre est reconduit tacitement jusqu'à son terme. Le nombre de périodes de reconduction est fixé à 2. La durée de chaque période de reconduction est de 12 mois. La durée maximale du contrat, toutes périodes confondues, est de 4 ans.

La reconduction est considérée comme acceptée si aucune décision écrite contraire n'est prise par le pouvoir adjudicateur au moins 3 mois avant la fin de la durée de validité de l'accord-cadre. Le titulaire ne peut pas refuser la reconduction.

# 7 - Paiement

Le pouvoir adjudicateur se libèrera 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 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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.

# 8 - Nomenclature(s)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Code principal | Description |
| 50700000-2 | Services de réparation et d'entretien d'installations de bâtiments |

# 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 2

**ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE POUVOIR ADJUDICATEUR**

La présente offre est acceptée pour :

|  |
| --- |
|  |

A .............................................

Le .............................................

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

**NANTISSEMENT OU CESSION 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** 1ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS

**ANNEXE N°1: DESIGNATION DES CO-TRAITANTS ET REPARTITION 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 |  |  |  |