|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| Hôpital SAN SALVADOUR  4312, route de l’Almanarre  83400 HYERES  Tél : 04 94 38 08 36 | **ACTE D’ENGAGEMENT**  **Consultation n°084\_TX\_2506** |

1. partie reservee a l’administration

- Procédure : Adaptée ouverte issu de la consultation n°084\_TX\_2506

- Objet : Mission de coordination sécurité et protection de la santé et de bureau de contrôle technique pour la construction du Bâtiment stade

- Etablissement : Hôpital SAN SALVADOUR

- Identification du lot attribué :

 Lot n°01 : Mission de coordination sécurité et protection de la santé

- Code Fournisseur :

- Marché n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: Marché à prix mixtes, passé en application des articles R. 2113-4 à R. 2113-6, R. 2162-2 1 à R. 2162-6 et R. 2162-13 à R. 2162-14 du Code de la commande publique

- Signataire du marché : Le Directeur de l’Hôpital San Salvadour, Monsieur Hervé NARDIAS, ayant reçu délégation de signature du Directeur Général de l’AP-HP, par arrêté directorial n°75-2022-09-01-00033 du 1er septembre 2022.

- Notifié le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Partie réservée au prestataire

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné, Fonction :  Société :  Dont le siège est :  Numéro de téléphone :  Numéro de télécopie :  Email :  Adresse internet :  Immatriculée: - SIRET sous le n° :  - au registre du commerce sous le n° :  - code d’activité économique APE :  - PME ou TPE :  NON  OUI | *A dupliquer pour chaque membre du groupement* |

|  |  |
| --- | --- |
| Agissant pour mon propre compte  ou pour le compte du |  |
| Groupement solidaire\* : |  |
| Groupement conjoint\* : |  |
| Groupement conjoint avec mandataire solidaire |  |

*(\*cocher la case correspondante)*

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Particulières, et des documents qui y sont mentionnés, et après avoir établi les déclarations prévues 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 :

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 ;

• Montant en euros HT :

• Montant de la TVA en euros (20,00 %) :

• Montant en euros TTC :

Pour les prestations figurant sur le bordereau de prix unitaires, l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris s’engage sur un montant minimum et le titulaire s’engage sur le montant maximum. Les missions qui pourront être confiées au prestataire, bien qu’inscrites dans le cadre du projet, ne sont pas définies par le présent Cahier des Clauses Particulières.

Les montants minimum et maximum sont les suivants pour l’ensemble de la durée du marché:

• Montant minimum 0 € HT soit 0 € TTC.

• Montant maximum 80 000 € HT soit 96 000 € TTC

Le mois m0 est le mois de dépôt des plis **janvier 2026.**

2) Déclare que :

- les prestations seront exécutées pour le compte de l’Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

- mes prix seront conformes aux dispositions du Cahier des Clauses Particulières n° 084\_TX\_2506 ;

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 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 nouveau Code de la commande publique ;

4) Avance (articles R. 2191-3 à R. 2191-19 du nouveau Code de la commande publique) :

Je renonce au bénéfice de l’avance :  NON  OUI

(Cocher la case correspondante)

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

6) Ma société est assujettie à une déclaration annuelle d’honoraires auprès des impôts, « laquelle implique une déclaration annuelle auprès des impôts en utilisant l’imprimé CERFA DAS2 »

 NON  OUI

1. paiement

L’APHP se libèrera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants (1) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ouvert au nom de : | | | |
| Domiciliation : | | | |
| Code banque : | Code guichet : | N° de compte | Clé RIB |
|  |  |  |  |

A dupliquer si nécessaire pour chaque membre du groupement

En cas de groupement solidaire, le paiement est effectué sur (2) :

 Un compte unique ouvert au nom des membres du groupement ou du mandataire ;

 Le compte de chacun des membres du groupement suivant les répartitions indiquées en annexe du présent document.

En cas de sous-traitance, l’AP-HP se libérera des sommes dues aux sous-traitant payés directement en faisant porter les montants aux crédits des comptes désignés dans les annexes, les avenants ou les actes spéciaux.

Le délai global de paiement ne pourra excéder 50 (cinquante) jours. Le défaut de paiement dans les délais précités fait courir de plein droit, et sans autre formalité, des intérêts moratoires au bénéfice du titulaire ou du sous-traitant payé directement.

1 Joindre un ou des relevé(s) d’identité bancaire

2 Cocher la case correspondant à votre situation.

1. Répartition des prestations et des paiements entre les membres du groupement

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

ou

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Membres du groupement | Prestations assurées | Montant\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Pour les accords-cadres et les accords-cadres à bons de commande, l’acte d‘engagement peut n’indiquer que la répartition des prestations.

1. Engagement du/des candidats

Fait en un seul original, à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nom, Prénom du signataire,

Signature précédée de la mention “ Lu et approuvé ”et timbre commercial

A dupliquer si nécessaire pour chaque membre du groupement ou fournir le mandat permettant au mandataire d’engager chaque co-traitant

1. Partie réservée à l’administration

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BUDGET GENERAL |  | Classe 2 |

Numéro de nomenclature *(cf. arrêté directorial n°75-2022-07-08-0005 du 08 Juillet 2022)* :

Imputation budgétaire *(cf. nomenclature budgétaire)* 2031

Exercice : 2026 à 2030

Comptable assignataire des paiements : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. 4 Rue de la Chine 75020 Paris

Références de la personne habilitée à donner les renseignements : **Le Directeur de l’Hôpital SAN SALVADOUR**

Pour les prestations exécutées à prix forfaitaire, est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement, pour Mission de coordination sécurité et protection de la santé pour l’Assistance Publique-Hôpitaux de Paris d’un montant de ……………… euros HT soit …………………...euros T.T.C. (TVA : 20,00 %) pour la durée du marché allant de sa date de notification jusqu’à l’expiration du délai de garantie de parfait achèvement.

Concernant les prestations exécutées à prix unitaire, est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement pour Mission de coordination sécurité et protection de la santé pour l’assistance Publique-Hôpitaux de Paris dans la limite des montants définis ci-dessous :

**Montant minimum**: 0,00 euros hors taxes ; soit 0,00 (TVA = 20,00 %)

**Montant maximum**: 80 000,00 euros hors taxes ; soit 96 000,00 (TVA = 20,00 %)

Le représentant du Pouvoir Adjudicateur se réserve la possibilité de recourir ultérieurement à la procédure négociée pour la réalisation de prestations similaires au sens de l’article R. 2122-7 du Code de la Commande Publique.

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.**

A Hyères, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pour le Directeur général,  et par délégation  Le Directeur de l’Hôpital SAN SALVADOUR |

1. CADRE POUR FORMULE DE NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES

« Copie de l’original certifiée conforme à l’acte d’engagement délivrée en unique exemplaire pour être remise en cas de cession ou de nantissement de créances »

A Hyères, le

Le Représentant du Pouvoir Adjudicateur