

**Caisse Primaire d’Assurance Maladie des Yvelines**

**Direction Logistique et Informatique**

**92, Avenue de Paris**

**78000 VERSAILLES**

|  |
| --- |
| **ENTRETIEN DES TOITURES ET TERRASSES DES BATIMENTS DE LA CPAM DES YVELINES** |

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

**CONSULTATION N° 2026.78.3.1.1.001.00.00.00**

Établi en application du code de la commande publique en vigueur au 1 avril 2019 et de l’arrêté du 19 Juillet 2018 portant règlement sur les marchés des Organismes de Sécurité Sociale.

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

**EN APPLICATION DE L’ARTICLE R2123-1-3° DU CODE PRECITE**

Le présent Acte d’Engagement comporte 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 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.) : **......................................................................................**

Et agissant en tant que : 🞎 mandataire 🞎 membre

Du groupement : 🞎 solidaire 🞎 conjoint

Référence : lettre de candidature en date du :

*Les grattages, effaçages 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.*

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT (suite)**

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Particulières, de ses annexes 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 résiliation du marché, 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 Particulières et ses annexes.
5. Je m’engage, à respecter les prix indiqués dans l’acte d’engagement et le DPGF.
6. Je m’engage à appliquer le taux de remise que j’aurais accordé à l’Organisme sur l’ensemble de mon catalogue des prix.
7. 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 **➀** :

- 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) **➁** sous le coup de l’interdiction découlant de l’Article 50 modifié de la Loi n° 52-401 du 14 avril 1952.

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

***➁*** *Rayer la mention inutile*

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT (suite)**

1. Je renonce à l’avance :

🞎 OUI

🞎 NON

1. J'atteste que la Société réalisera le travail avec des salariés employés régulièrement au regard de l'Article L.1221-10, L.3243-2 et R.3243-1 du Code du travail ou règles d'effet équivalent pour les candidats étrangers.
2. 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 Articles L 324.9, L 324.10, L 341.6, L 125.1 et L 125.3 du Code du Travail.
3. J’affirme avoir pris connaissance que l’unité monétaire choisie par l’Organisme est l'EURO.
4. Mon offre me lie pour la durée de la validité des offres indiquée au Règlement de consultation.
5. 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 : **..............................................................................................**

**DESIGNATION DE LA PRESTATION**

L’ensemble des prix forfaitaires pour la réalisation des maintenances préventives seront mentionnées dans le DPGF.

Le règlement de ces prestations interviendra à terme échu.

Le rapport d’intervention avec photo devra être joint pour chaque prestation. La prestation devra être conforme aux prestations mentionnées dans l’article CCP.

**Pour rappel, les toitures du Restaurant et du Bâtiment Principal du site de Versailles sont composés d’ardoises en fibrociments amiantées. De ce fait, l’entretien d’une toiture contenant de l’amiante fait partie des travaux soumis aux obligations de la sous-section 4 du Code du travail. Ainsi, un mode opératoire conformément à la réglementation en vigueur devra être mis en place par le titulaire pour l’entretien des chéneaux des deux bâtiments afin d’éviter tout risque d’inhalation pour le personnel intervenant et afin d’assurer une évacuation des déchets issus de l’entretien dans les filières spécialisées.** **Les coûts du démoussage de ces deux toitures, tel que prévu dans le présent acte d’engagement, devront prendre en compte cette spécificité.**

**COUT GLOBAL ANNUEL DE LA MAINTENANCE PREVENTIVE POUR L’ENSEMBLE DES SITES :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maintenance Préventive Annuelle** | **MONTANT HT ANNUEL** | **MONTANT TTC ANNUEL** |
| Pour l’ensemble des sites mentionnés dans le marché\* |  |  |
|  |
|  |

***\**** ***Pour rappel, la CPAM des Yvelines précise que la maintenance préventive doit être réalisée au minimum une fois par an sur l’ensemble des sites mentionnés à l’article 2-3 du CCP, à l’exception du site de Versailles, qui nécessitera deux interventions annuelles.***

**Maintenance curative et prestations associées :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prestations de la maintenance curative et prestations associées** | | | |
| Maintenance curative | **Modalité** | **Prix HT** | **Prix TTC** |
| Déplacement | Forfait journalier |  |  |
| Main d’œuvre | Horaire |  |  |
| Prestation associées | **Modalité** | **Prix HT** | **Prix TTC** |
| Echafaudage | Forfait journalier |  |  |
| Nacelle | Forfait journalier |  |  |

**Prestations optionnelles\* :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prestations** | **Modalité** | **Prix HT sans remise** | **Prix TTC sans remise** |
| Reprise de toiture ponctuelle en partie courante dans une limite de 10ml de relevés et de 5m² en partie courante avec rapport d’intervention | Forfait |  |  |
| Remplacement de gouttière en zinc | Mètre linéaire |  |  |
| Remplacement de gouttière en PVC | Mètre linéaire |  |  |
| Démoussage de toiture | m² |  |  |
| Remplacement de tuiles en terre cuite | Pièce\* (pose comprise) |  |  |
| Remplacement d’ardoises | Pièce\* (pose comprise) |  |  |
| Recherche de fuites par test de fumée | Forfait |  |  |
| Recherche de fuites non destructives (colorant) | Forfait |  |  |

***\* Les prestations optionnelles évoquées dans l’acte d’engagement bénéficieront du taux de remise indiqué dans ce document lors de leur facturation.***

**Le taux de remise accordé par le titulaire :**

Le taux de remise indiqué ci-dessous sera appliqué sur la base des prix indiqué dans le catalogue des prix du titulaire et sur les prestations optionnelles décrites dans l’acte d’engagement.

|  |  |
| --- | --- |
| **TAUX DE REMISE** | **%** |

***Arrondis***

Lors de l'application de la T.V.A., les calculs finaux seront effectués avec, au maximum, deux décimales. Pour chacun de ces calculs, les arrondis seront traités de la façon suivante :

* si la troisième décimale est comprise entre 0 et 4 (ces valeurs incluses), la deuxième est inchangée (arrondi par défaut),
* si la troisième décimale est comprise entre 5 et 9 (ces valeurs incluses), la deuxième est augmentée d'une unité (arrondi par excès).

**FAIT EN DEUX EXEMPLAIRES ORIGINAUX**

#### A Versailles, le

**Mention manuscrite "LU ET APPROUVE"**

**Signature du fournisseur écrite à la main**

**Cachet du fournisseur**

**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 Générale de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie des Yvelines

92, Avenue de Paris - 78000 Versailles.

**Est acceptée la présente offre pour un montant annuel en euros hors taxe :**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

#### A Versailles, le

**LE REPRESENTANT DU POUVOIR ADJUDICATEUR**

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

➀Date de réception par le Titulaire de la lettre de notification ou récépissé.