

**CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE**

**DE LA SEINE-SAINT-DENIS**

**DIRECTION DU SECRETARIAT GENERAL**

**195 AVENUE PAUL VAILLANT COUTURIER**

**93014 BOBIGNY CEDEX**

**ACTE D’ENGAGEMENT**

**VARIANTE 1**

**PROCEDURE : AOO 01-2026**

**MARCHE N°:**

**PROCEDURE : APPEL D’OFFRES OUVERT**

**TYPE DE MARCHE : FOURNITURES**

**OBJET DU MARCHE : ACQUISITION D’UNE UNITE MOBILE DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L’UTERUS ET DE CONSULTATIONS DE MEDECINE GENERALE « FROTTIMOBILE »**

**FEVRIER 2026**

**Sommaire**

[1. Identification du pouvoir adjudicateur 3](#_Toc221693623)

[2. Type d’activité 3](#_Toc221693624)

[3. Objet du marché 3](#_Toc221693625)

[4. Type et nature du marché 3](#_Toc221693626)

[4. Variante 3](#_Toc221693627)

[5. Modalités de publication 4](#_Toc221693628)

[6. Parties contractantes 4](#_Toc221693629)

[**A - ENTREPRISE INDIVIDUELLE** 4](#_Toc221693630)

[**B - SOCIETE** 4](#_Toc221693631)

[**C - GROUPEMENT** 4](#_Toc221693632)

[7. Forme du prix et montant de l'offre 5](#_Toc221693633)

[8. Règlement des comptes 5](#_Toc221693634)

[9. Pièces à produire par le contractant 5](#_Toc221693635)

# 1. Identification du pouvoir adjudicateur

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis

195, avenue Paul Vaillant Couturier

93014 BOBIGNY CEDEX

France

Tél. : 01.48.96.47.16 / 37.25

Fax : 01.48.96.49.59

Mail : [achats.cpam-seine-saint-denis@assurance-maladie.fr](mailto:achats.cpam-seine-saint-denis@assurance-maladie.fr)

L’autorité compétente du pouvoir adjudicateur est le Directeur Général de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis, Monsieur Stéphan DI IORIO, 195 avenue Paul Vaillant Couturier 93014 Bobigny cedex.

La comptable assignataire est la Directrice Comptable et Financière de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis (même adresse).

# 2. Type d’activité

Organisme de Sécurité Sociale.

# 3. Objet du marché

Le présent marché a pour objet l’acquisition d’une unité mobile de dépistage du cancer du col de l’utérus et de consultations de médecine générale « Frottimobile » pour la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis.

# 4. Type et nature du marché

**4-1 Procédure**

Le présent marché est lancé sous la forme d’un Appel d’Offres Ouvert, passé en application de l’article R.2124-2 du Code de la Commande Publique.

Le marché reste soumis à la réglementation applicable aux marchés des Organismes de Sécurité Sociale, soit à jour, les dispositions de l’arrêté du 19 juillet 2018 portant sur la réglementation des marchés publics des Organismes de Sécurité Sociale.

**4-2 Forme**

Le présent marché est un marché à prix unitaire.

**4-3 Type**

Fournitures

**4-4 Nomenclature**

|  |  |
| --- | --- |
| CPV | INTITULE |
| 34140000-0  34144200  34114300  34100000-8  34144900-7 | Poids lourds  Véhicules des services de secours  Véhicules pour services d'assistance sociale  Véhicules à moteur  Véhicules électriques |

# 4. Variante

* **Variantes techniques : confère article 6.2 du CCTP**

Variante 1 : véhicule électrique (zéro émission à l’échappement).

# 5. Modalités de publication

Avis d’appel Public à la Concurrence envoyé à la publication :

* Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics
* Journal Officiel de l’Union Européenne
* <https://www.marches-publics.gouv.fr>

# 6. Parties contractantes

|  |  |
| --- | --- |
| **A - ENTREPRISE INDIVIDUELLE** | |
| Je soussigné, |  |
| agissant en mon nom personnel, domicilié à |  |
| Téléphone |  |
| Adresse e-mail | @ |
| Immatriculé(e) à l'INSEE |  |
| Numéro d'établissement (SIRET) |  |

 AFFIRME, sous peine de résiliation de plein droit du marché, que je suis titulaire (cas d'une personne physique) d'une police d'assurance garantissant l'ensemble des responsabilités que j'encours :

Compagnie :

N° police :

|  |  |
| --- | --- |
| **B - SOCIETE** | |
| Je soussigné, |  |
| agissant au nom et pour le compte de la société |  |
| domiciliée |  |
| Téléphone |  |
| Adresse e-Mail | @ |
| Immatriculé(e) à l'INSEE |  |
| Numéro d'établissement (SIRET) |  |

 AFFIRME, sous peine de résiliation de plein droit du marché, que la société (cas d'une personne morale) pour laquelle j'interviens est titulaire d'une police d'assurance garantissant l'ensemble des responsabilités qu'elle encourt :

Compagnie :

N° police :

|  |  |
| --- | --- |
| **C - GROUPEMENT** | |
| Nous soussignés, |  |
| M. |  |
| agissant en mon nom personnel, domicilié à |  |
| Agissant comme | Mandataire *ou*  Membre du groupement |
| Groupement | Conjoint *ou*  Solidaire |
| Tél. |  |
| Adresse Mail | @ |
| Immatriculé(e) à l'INSEE |  |
| Numéro d'établissement (SIRET) |  |

- AFFIRMONS, sous peine de résiliation de plein droit du marché, que toutes les personnes physiques ou morales pour lesquelles nous intervenons sont titulaires de polices d'assurances garantissant les responsabilités qu'elles encourent :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1er cocontractant | 2ème cocontractant | 3ème cocontractant |
| Compagnie : |  |  |  |
| N° police : |  |  |  |

Après avoir pris connaissance du cahier des clauses administratives particulières et des éléments qui sont mentionnés au présent acte d'engagement,

M’engage, sans réserve, conformément aux conditions, clauses et prescriptions contenues dans les documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après qui constituent mon offre.

L'offre ainsi présentée ne me lie toutefois que si l'attribution du marché a lieu dans un délai de 120 jours à compter de la date limite de réception des offres finales.

# 7. Forme du prix et montant de l'offre

**Montant de l’offre**

Cf bordereaux de prix

# 8. Règlement des comptes

**8-1 Règlement des comptes**

En application des articles R.2192-10, R.2192-12 et R.2192-13 du code de la commande publique, les sommes dues par l’administration au titulaire lui sont payées dans un délai de trente (30) jours maximums à compter de la date réception de la demande de paiement par l’administration.

Le point de départ du délai est celui fixé par le décret n° 2002-232 du 21 février 2002, modifié par le décret n° 2008-408 du 28 avril 2008.

Le taux des intérêts moratoires est fixé à l’article 11 du CCAP.

Le donneur d'ordre se libèrera des sommes dues au titre du marché par virement établi à l'ordre du Titulaire (joindre le RIB).

**6-2 Désignation du titulaire du compte**

* Raison sociale :
* Adresse :
* Code postal et ville :
* Relevé d'identité bancaire :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code établissement | Code guichet | Numéro de compte |
|  |  |  |
| Domiciliation |  | |

Ou

Code BIC de la banque.

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

Numéro de compte IBAN

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

# 9. Pièces à produire par le contractant

**J'atteste :** Sous peine de résiliation aux torts du Titulaire au présent marché, dans les conditions prévues par le CCTP et CCAP, conformément à l’article au code de la commande publique du 1er avril 2019 :

* que les documents et renseignements fournis sont exacts,
* que ladite entreprise produira les attestations et certificats délivrés par les administrations et organismes compétents prouvant qu’il a satisfait à ses obligations fiscales et sociales, ainsi que les pièces mentionnées à l’article D 8222-5 ou D 8222-6 à D 8222-8 du Code du travail au titre de la lutte contre le travail dissimulé qui sont exigées avant la signature du marché puis tous les six mois jusqu’à la fin de son exécution.

**Et affirme:** Sous peine de résiliation ou de mise en régie, aux torts exclusifs du Titulaire du marché que ladite entreprise :

* n’entrer dans aucun des cas d’interdiction de soumissionner obligatoires prévus par le code de la commande publique
* être en règle au regard des articles L. 5212-1 à L. 5212-11 du code du travail concernant l’emploi des travailleurs handicapés.

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

**Fait en un seul original**

A Bobigny, le A ……………………………, le

Le Directeur Général de la SIGNATURE DU CANDIDAT

CPAM de la Seine-Saint Denis (Personne habilitée à engager la Société)

**Monsieur Stephan DI IORIO**

CACHET DE L’ENTREPRISE CACHET DE L’ENTREPRISE

(CPAM de Seine-Saint Denis) (Candidat)

Le présent marché est notifié au Titulaire, le……………………………………………….

**ANNEXE 1 : ATTESTATION LIVRET DE SECURITE**

**ATTESTATION A RETOURNER SIGNEE**

Objet du marché : acquisition d’une unité mobile de dépistage du cancer du col de l’utérus et de consultations de médecine générale « Frottimobile » pour la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis.

S’inscrivant dans le cadre de la politique de sécurité et de confidentialité mise en place par la CPAM de la Seine-Saint-Denis, je m’engage, en ma qualité de Titulaire du marché, à ce que le livret de sécurité joint au CCAP soit communiqué auprès :

* **des salariés qui interviennent sur les sites de la CPAM 93**
* **des éventuels sous-traitants.**

**DATE : CACHET ET SIGNATURE DE L'ENTREPRISE :**