

ACTE D'ENGAGEMENT

MARCHÉ PUBLIC DE TRAVAUX

Aménagement d'un service USIP (Unité de Soins Intensifs Polyvalents) au R+1

Lot n°










Cadre réservé à l'acheteur

CONTRAT N°

NOTIFIE LE

..... / /

L'ESSENTIEL DE L'ACTE D'ENGAGEMENT

	Objet	Aménagement d'un service USIP (Unité de Soins Intensifs Polyvalents) au R+1
	Mode de passation	Procédure adaptée ouverte
	Type de contrat	Marché public
	Prix	Prix global forfaitaire
	Variantes	Sans
	PSE	Défini par lot
	Avance	Avec
	Clauses sociales	Sans
	Clauses environnementales	Avec

SOMMAIRE

1 - Préambule : Liste des lots.....	4
2 - Identification de l'acheteur.....	5
3 - Identification du co-contractant.....	5
4 - Dispositions générales.....	6
4.1 - Objet.....	6
4.2 - Mode de passation.....	7
4.3 - Forme de contrat.....	7
5 - Prix.....	7
6 - Durée et Délais d'exécution	8
7 - Paiement.....	8
8 - Avance.....	9
9 - Nomenclature(s).....	9
10 - Signature.....	10
ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS	13

1 - Préambule : Liste des lots

Lot(s)	Désignation
01	Installations de chantier - Démolition - Second œuvre
02	Electricité CFO / CFA - SSI
03	Chauffage - Ventilation - Rafraîchissement - Plomberie - Sanitaire - Désenfumage - Transport pneumatique
04	Fluide Médicaux
05	Portes automatiques

2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances :
Monsieur le Directeur Général

Ordonnateur : Monsieur le Directeur Général

Comptable assignataire des paiements : Monsieur Maximilien, Trésorier du centre hospitalier de Cadillac

La maîtrise d'œuvre sera assurée par le maître de l'ouvrage lui-même.

3 - Identification du co-contractant

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché indiquées à l'article "pièces contractuelles" du Cahier des clauses administratives particulières qui fait référence au CCAG - Travaux 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 180 jours à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

4 - Dispositions générales

4.1 - Objet

Le présent Acte d'Engagement concerne :
Aménagement d'un service USIP (Unité de Soins Intensifs Polyvalents) au R+1

La présente consultation concerne l'aménagement d'un service USIP (Unité de Soins Intensifs Polyvalents) au R+1

(1) Cette annexe est à dupliquer en autant d'exemplaires que nécessaire et elle est recommandée dans le cas de groupement conjoint

A la suite de la réalisation des opérations nécessaires de désamiantage (à charge de la Maîtrise d’Ouvrage) de l’actuel service UCS, situé au R+1 du Site de Langon, Centre Hospitalier SUD GIRONDE, les présents travaux ont pour but la création d’un centre USIP (Unité de Soins Intensifs Polyvalents) constitué de :

-8 chambres en surpression (ISO8).

-Un ensemble de locaux annexes associés (circulation, WC du personnel, vestiaires hommes, vestiaires femmes, vestiaires familles, repos du personnel, salles de bain, bureau IDE, préparation soins, réserve, salle de staff, bureau cadres et bureau médecins).

Les prestations définies au CCAP sont réparties en 5 lots.

4.2 - Mode de passation

La procédure de passation est : la procédure adaptée ouverte. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2123-1 et R. 2123-1 1° du Code de la commande publique.

4.3 - Forme de contrat

Il s'agit d'un marché ordinaire.

5 - Prix

Les prestations seront rémunérées par application du prix global forfaitaire suivant :

Pour la solution de base :

Montant de l'offre par lot					
Lot(s)	Désignation	Montant HT	Montant TVA	Montant TTC	Soit en toutes lettres TTC
01	Installations de chantier - Démolition - Second œuvre	.....	.....	.....	.....
02	Electricité CFO / CFA - SSI	.....	.....	.....	.....
03	Chauffage - Ventilation - Rafraîchissement - Plomberie - Sanitaire - Désenfumage - Transport pneumatique	.....	.....	.....	.....
04	Fluide Médicaux	.....	.....	.....	.....
05	Portes automatiques	.....	.....	.....	.....

Pour les prestations supplémentaires éventuelles

Lot(s)	Code	Libelle	Montant HT	Montant TTC
01	PSE 1	Chambre n°8 à pression réversible		
Description : Plâtrerie et menuiserie intérieure				
01	PSE 2	Garde-corps terrasse		
Description : Pose de corps métalliques				

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

Lot(s)	Code	Libelle	Montant HT	Montant TTC
02	PSE 1	Chambre n° 8 à pression réversible		
Description : Alimentation électrique CTA et porte automatique sas, éclairage sas				
03	PSE 1	Chambre n° 8 à pression réversible		
Description : Création d'une CTA dédiée à la chambre n° 8				
04	PSE 3	Armoire secours gaz médicaux		
Description : Fourniture, pose et raccordement d'une armoire ultime secours GM				
05	PSE 1	Chambre n° 8 à pression réversible		
Description : Double porte automatisée du sas d'accès à la chambre 8				

6 - Durée et Délais d'exécution

La durée ainsi que les délais d'exécution sont définis au CCAP.

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	

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

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 - Avance

Le candidat renonce au bénéfice de l'avance (cocher la case correspondante) :

☐ NON

☐ OUI

Nota : Si aucune case n'est cochée, ou si les deux cases sont cochées, le pouvoir adjudicateur considérera que l'entreprise renonce au bénéfice de l'avance.

9 - Nomenclature(s)

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

Code principal	Description
45215100-8	Travaux de construction de bâtiments liés à la santé

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

Lot(s)	Code principal	Description
01	45223220-4	Travaux de gros œuvre
01	45410000-4	Travaux de plâtrerie
01	45421000-4	Travaux de menuiserie
01	45111100-9	Travaux de démolition
02	45310000-3	Travaux d'équipement électrique
02	45312100-8	Travaux d'installation de systèmes avertisseurs d'incendie
03	45330000-9	Travaux de plomberie
03	45331000-6	Travaux d'installation de matériel de chauffage, de ventilation et de climatisation
04	24111500-0	Gaz médicaux
05	44221230-6	Portes coulissantes
05	44221200-7	Portes
05	45421131-1	Pose de portes

10 - Signature

ENGAGEMENT DU SOUSMISSIONNAIRE

J'affirme sous peine de résiliation du marché à mes torts exclusifs que la (les) société(s) pour laquelle (lesquelles) j'interviens 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.

Cet acte d'engagement correspond :

au lot n° ou aux lots n° du marché ;
(Indiquer le numéro du ou des lots tel qu'il figure dans l'avis d'appel à la concurrence)

Fait

A

Le

Signature du soumissionnaire

ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE POUVOIR ADJUDICATEUR

Montant de l'offre par lot					
Offre retenue	Lot(s)	Désignation	Montant HT	Montant TVA	Montant TTC
<input type="checkbox"/>	01	Installations de chantier - Démolition - Second œuvre	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	02	Electricité CFO / CFA - SSI	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	03	Chauffage - Ventilation - Rafraîchissement - Plomberie - Sanitaire - Désenfumage - Transport pneumatique	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	04	Fluide Médicaux	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	05	Portes automatiques	.....	.....	.....

Prestation(s) supplémentaire(s) éventuelle(s) retenue(s)

Lot(s)	Retenue	Code	Libelle	Montant HT	Montant TTC
01	<input type="checkbox"/>	PSE 1	Chambre n° 8 à pression réversible	......	.....
01	<input type="checkbox"/>	PSE 2	Garde-corps terrasse	......	.....
02	<input type="checkbox"/>	PSE 1	Chambre n° 8 à pression réversible	......	.....
03	<input type="checkbox"/>	PSE 1	Chambre n° 8 à pression réversible	......	.....
04	<input type="checkbox"/>	PSE 3	Armoire secours gaz médicaux	......	.....
05	<input type="checkbox"/>	PSE 1	Chambre n° 8 à pression réversible	......	.....

La présente offre est acceptée

A
Le

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

NANTISSEMENT OU CESSIION 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 ¹

ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION 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			

(1) Date et signature originales

