|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Cadre réservé au pouvoir adjudicateur*  *Marché(s) public(s) n°* |

|  |  |
| --- | --- |
| MARCHé PUBLIC  **ACTE D’ENGAGEMENT** |  |

|  |
| --- |
| **I – Objet** |

**- Objet du marché public** :

**MAINTENANCE DES SYSTEMES DE SECURITE INCNDIE ET DE DESENFUMAGE**

**- Etablissement(s) acheteur(s)**:

 Groupe Hospitalier Saintes – Saint-Jean-d’Angély - 11 boulevard Ambroise Paré - BP 10326 - 17108 SAINTES cedex [établissement support du GHT Charente Maritime Sud] – Coordonnateur du groupement de commandes

 Centre Hospitalier de Boscamnant - Les Bruyères, 17360 BOSCAMNANT [établissement partie du GHT Charente Maritime Sud]

 Centre Hospitalier de Jonzac - 4 avenue Winston Churchill - BP 80109 - 17503 JONZAC cedex [établissement partie du GHT Charente Maritime Sud]

 Centre Hospitalier de Royan Atlantique - 20 avenue de Saint Sordelin, 17640 VAUX SUR MER [établissement partie du GHT Charente Maritime Sud]

 Etablissement Public Départemental Les 2 Monts – 13 rue du Fiou, 17210 MONTLIEU-LA-GARDE [établissement partie du GHT Charente Maritime Sud]

 Etablissement Public Départemental de Matha, 2 rue de Saint Hérie, 17160 MATHA

​ Etablissements Médico-Sociaux de Saint Savinien, Chemin de la Longée, 17350 SAINT SAVINIEN

 Groupement d’Intérêt Public Blanchisserie interhospitalière de Saintonge, 11 boulevard Ambroise Paré - BP 10326 - 17108 SAINTES cedex

**-** Cet acte d'engagement correspond [à compléter] :

à l’ensemble du marché public

à l’offre de base.

|  |
| --- |
| **II - Engagement du titulaire ou du groupement titulaire** |

## II-1 - Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire

Après avoir pris connaissance et accepté sans réserve les pièces contractuelles du marché public, listées dans le cahier des clauses administratives particulières (CCAP), et conformément à leurs clauses,

Le signataire :

s’engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, son numéro de téléphone et son numéro SIRET.]*

engage la société ……………………… sur la base de son offre ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, son numéro de téléphone et son numéro SIRET.]*

L’ensemble des membres du groupement s’engagent, sur la base de l’offre du groupement ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, son numéro de téléphone et son numéro SIRET.]*

à exécuter les prestations demandées aux prix indiqués dans le document financier (partie à prix forfaitaires et partie à prix unitaires) ou sur la base de devis en cas de fournitures non listées au BPU.

Lorsque les prix sont absents du BPU, les fournitures et prestations sont rémunérées sur la base de la facture du fabricant (à fournir au moment de la facturation) x 1.25.

En signant le présent acte d’engagement, le titulaire individuel, ou chaque membre du groupement, atteste sur l’honneur :

1. ne pas entrer dans l’un des cas d’exclusion prévus aux [articles L. 2141-1 à L. 2141-5](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B81BA950929BDC11249DDF8C185D1DE4.tplgfr42s_2?idSectionTA=LEGISCTA000037703589&cidTexte=LEGITEXT000037701019&dateTexte=20190401) ou aux [articles L. 2141-7 à L. 2141-10](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000037703603&cidTexte=LEGITEXT000037701019&dateTexte=20190401) du code de la commande publique ;
2. qu’il dispose de l’aptitude et des capacités requises en application du second alinéa de l’[article R. 2143-4](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=13653C8FC4C441DA2D339E6E3D62AC0C.tplgfr42s_2?idArticle=LEGIARTI000037730617&cidTexte=LEGITEXT000037701019&dateTexte=20190401) du code de la commande publique et satisfait à l’ensemble des conditions de participation requises par le pouvoir adjudicateur ;
3. pour les marchés publics de travaux, qu’il aura souscrit un contrat d’assurance le couvrant au regard de la responsabilité décennale ([article L. 241-1](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006795912&cidTexte=LEGITEXT000006073984) du code des assurances).

**II-2 – Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations**(à compléter uniquement en cas de groupement d’opérateurs économiques)

Pour l’exécution du marché public, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(Cocher la case correspondante.)*

conjoint avec mandataire solidaire OU  solidaire

*En cas de groupement conjoint, les membres du groupement indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’entre eux s’engage à réaliser.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation des membres**  **du groupement conjoint** | **Prestations exécutées par les membres****du groupement conjoint** | |
| **Nature de la prestation** | **Montant € HT**  **de la prestation** |
| Mandataire solidaire : |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**II-3 - Compte (s) à créditer**

*(Compléter les éléments ci-dessous et joindre un ou des relevé(s) d’identité bancaire ou postal en annexe.)*

Nom de l’établissement bancaire :

Numéro de compte :

**II-4 - Avance**

Je refuse le versement de l’avance :

OUI  NON

*(Cocher la case correspondante. Dans le cas où aucune case ne serait cochée, l’avance sera considérée comme refusée. Si la case NON est cochée alors même que les conditions d’octroi du code de la commande publique ne sont pas remplies, l’avance ne sera pas accordée.)*

#### II-5 - Durée d’exécution du marché public

La durée d’exécution du marché public est précisée dans le CCAP.

|  |
| --- |
| **III - Signature du marché public par le titulaire individuel ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement** |

**III-1 – Signature par le titulaire individuel**

*[à compléter]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |

(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.

**III-2 – Signature en cas de groupement**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant:

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du mandataire]*

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est *[cocher la case correspondante]*:

conjoint OU  solidaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement : *[Cocher la ou les cases correspondantes.]*  pour signer le présent acte d’engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;  *(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*  pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;  *(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*  ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe. | **ou** | Les membres du groupement, qui signent tous le présent acte d’engagement :  *[Cocher la case correspondante.]*  donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;  donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;  donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :  *(donner des précisions sur l’étendue du mandat.)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité**  **du signataire (\*)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(\*) Le signataire doit avoir le pouvoir d’engager la personne qu’il représente.

|  |
| --- |
| IV - Identification et signature du pouvoir adjudicateur |

# - Désignation :

Groupe Hospitalier Saintes – Saint-Jean-d’Angély - établissement support du GHT Charente Maritime Sud – coordonnateur du groupement de commandes

11, boulevard Ambroise Paré - BP 10326 - 17108 SAINTES cedex

Tél. : 05.46.95.12.30 - Courriel : [ght.contrat@gh-saintesangely.fr](mailto:ght.contrat@gh-saintesangely.fr)

**-** Nom, prénom, qualité du signataire du marché public :

M. Jérôme TRAPEAUX, Directeur ou son représentant – Groupe Hospitalier Saintes – Saint-Jean-d’Angély - Etablissement support du GHT Charente Maritime Sud

**-** Personne habilitée à donner les renseignements concernant les nantissement ou cession de créances*:*

M. Jérôme TRAPEAUX, Directeur ou son représentant – Groupe Hospitalier Saintes – Saint-Jean-d’Angély- Etablissement support du GHT Charente Maritime Sud - 11, boulevard Ambroise Paré - BP 10326 - 17108 SAINTES cedex

Tél. : 05.46.95.12.30 - Courriel : [ght.contrat@gh-saintesangely.fr](mailto:ght.contrat@gh-saintesangely.fr)

**-** Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

Pour le Groupe Hospitalier Saintes – Saint-Jean-d’Angély : Mme le Trésorier - Trésorerie de Saintes Etablissements hospitaliers - 18, rue Saint Vivien - 17100 SAINTES - Tél. 05.46.92.82.07.

Pour le Centre Hospitalier de Boscamnant : Mme le Trésorier - Trésorerie de Saintes Etablissements hospitaliers - 18, rue Saint Vivien - 17100 SAINTES - Tél. 05.46.92.82.07.

Pour le Centre Hospitalier de Jonzac : Mme le Trésorier - Trésorerie de Saintes Etablissements hospitaliers - 18, rue Saint Vivien - 17100 SAINTES - Tél. 05.46.92.82.07.

Pour le Centre Hospitalier de Royan Atlantique : Mme Le Trésorier - Trésorerie de Saintes Etablissements hospitaliers - 18, rue Saint Vivien - 17100 SAINTES - Tél. 05.46.92.82.07.

Pour l’Etablissement Public Départemental Les Deux Monts : Mme Le Trésorier - Trésorerie - 5, chemin de la Grange - 17210 MONTLIEU LA GARDE - Tél. 05.46.04.44.33.

Pour l’Etablissement Public Départemental de Matha : Mme le Trésorier - Trésorerie de Saintes Etablissements hospitaliers - 18, rue Saint Vivien - 17100 SAINTES - Tél. 05.46.92.82.07.

Pour l’Etablissement médico-social de Saint Savinien : Mme le Trésorier - Trésorerie de Saintes Etablissements hospitaliers - 18, rue Saint Vivien - 17100 SAINTES - Tél. 05.46.92.82.07.

Pour le Groupement d’intérêt public Blanchisserie interhospitalière de Saintonge : L’agent comptable du GIP, CFP de Saintes – 4 cours Charles de Gaulle – 17108 SAINTES - Tél. 05.46.96.51.36

A : Saintes, le ……………………………………

Le représentant du Pouvoir Adjudicateur,