|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MARCHÉS PUBLICS**  **DE PRESTATIONS INTELLECTUELLES (P.I)**    **ACTE D'ENGAGEMENT** |  |

*Cadre réservé à l’acheteur*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARCHÉ N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MONTANT (€ HT)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LOT(S) N°** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **à (nom du titulaire)** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE de NOTIFICATION** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ou DATE de DÉBUT** |  |  | **/** |  |  | **/** | **2** | **0** |  |  |

**A- Objet de l’acte d’engagement**

** Objet du marché :**

Mission d’études de programmation et d’assistance à maîtrise d’ouvrage pour la reconstruction du Plateau Technique de la MPR (Médecine Physique et Réadaptation) de l’Hôpital Le Vésinet

Date limite remise des offres : 24/03/2026 à 12h

**Passé selon la procédure adaptée ouverte passée en application des articles L.2123-1, R.2123-1 1°du Code de la Commande Publique**

** Cet acte d'engagement correspond :**

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

à l’ensemble du marché

*à* l’offre de base

**B- Engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

** Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire**

Après avoir pris connaissance des éléments constitutifs du marché listés dans ce présent document, et conformément à leurs clauses

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

Le signataire

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ................................................................................................. |
| Prénom : | ................................................................................................. |
| Qualité : | ................................................................................................. |

s’engage, sans réserve, 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, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| .........................................................................................................  ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

ou

engage, sans réserve, la société ci-dessous 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, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| ......................................................................................................... |
|  | ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

ou

L’ensemble des membres du groupement d’opérateurs économiques 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, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET, etc.)*

***Mandataire du groupement***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ......................................................................................................... |
| Adresse : | ......................................................................................................... |
| ......................................................................................................... |
| Code postal : | ......................................................................................................... |
| Bureau distributeur : | ......................................................................................................... |
| Téléphone : | ......................................................................................................... |
| Fax : | ......................................................................................................... |
| Courriel : | ......................................................................................................... |
| Numéro SIRET : | ......................................................................................................... |
| Numéro au registre du commerce ou au répertoire des métiers : | ......................................................................................................... |
| Code NAF : | ......................................................................................................... |

***Cotraitant n° 1***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***Cotraitant n° 2***

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | ............................................................................... |
| Adresse : | ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| ............................................................................... |
| Code postal : | ………… |
| Bureau distributeur : | ............................................................................... |
|  |  |
| Téléphone : | ............................................................................... |
| Fax : | ............................................................................... |
| Courriel : | ............................................................................... |
| Numéro SIRET : | ............................................................................... |
| N° Reg. com. : | ............................................................................... |
| N° rép. Métiers : | ............................................................................... |
| Code NAF/APE : | ............................................................................... |

***ET***

**aux prix indiqués dans l’annexe financière (DPGF) jointe au présent document.**

** Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations**

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

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

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

** Compte(s) à créditer**

** Délais de paiement**

L’établissement Bénéficiaire est un établissement de santé : le délai de paiement est de 50 (cinquante) jours à compter de la date de réception de la facture. Le paiement s’effectuera par mandat administratif.

** Avance**

Le Titulaire (je) renonce au bénéfice de l’avance prévue à l’article R. 2191-3 du code de la commande publique :

NON  OUI

Dans le cas où le titulaire accepte le bénéfice de l’avance, le montant est fixé à 5% comme prévu au CCAP en son article 5.1 dans les conditions prévues à l’article R. 2191-7 du code de la commande publique, soit : …………………………….€.

** Voies et délais de recours**

Tout litige né de l’exécution de la prestation est du ressort du**:**

Tribunal Administratif de Versailles - Greffe du Tribunal Administratif de Versailles

56, avenue de Saint-Cloud - 78011 VERSAILLES

Téléphone : 01 39 20 54 00 - Fax: 01 39 20 54 87

Courriel : [greffe.ta-versailles@juradm.fr](mailto:greffe.ta-versailles@juradm.fr)

Adresse internet : <http://www.ta-versailles.juradm.fr>

** Durée totale du marché**

La durée du marché débutera à :

la date de notification du marché

la date de notification de l’ordre de service (émis par l’établissement concerné par l’exécution des prestations)

la date de début d’exécution prévue par l’accord-cadre, (ou de la date de notification de l’accord-cadre si celle-ci est ultérieure)

**La durée maximale du marché est de 36 mois soit 3 ans.**

L’accord-cadre est reconductible :  NON  OUI

Si oui, préciser :

* Reconduction : Pas de reconduction
* Nombre des reconductions : Sans objet
* Durée des reconductions : Sans objet

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

** Signature du marché par le titulaire individuel ou mandataire du groupement**

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

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

** Signature du marché en cas de groupement**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *((Article R2142-24 du Code de la Commande publique)*:

**Raison sociale :** …………………………………………………………………………………………

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(cocher les cases correspondantes et compléter)*

conjoint ou  solidaire

Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement :

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.

Les membres du groupement, qui signent le présent acte d’engagement :

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;

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 et cachet de l’entreprise** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**D- Identification de l’acheteur public**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acheteur – Etablissement support du GHT Yvelines Sud** | **Centre Hospitalier de Versailles** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse** | Hôpital André-Mignot  177, rue de Versailles  78157 Le Chesnay cedex |
| **Téléphone** | 01.39.63.91.33 |
| **Télécopie** | 01.39.54.48.89 |
| **Site internet**  **Profil acheteur** | <http://www.ch-versailles.fr>  <http://www.marches-public.gouv.fr> |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signataire du marché (prénom, nom et qualité)** | Pour le directeur général,  Monsieur Nicolas STUDER, directeur des achats, de l’hôtellerie et de la logistique |
| **Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article R2191-45 et suivants du code de la Commande publique** | Pour le directeur général,  Monsieur Nicolas STUDER, directeur des achats, de l’hôtellerie et de la logistique |
| **Comptable assignataire (désignation, adresse et numéro de téléphone)** | Monsieur le Trésorier du Centre Hospitalier de Versailles  12 rue l’Ecole des postes,  78 015 VERSAILLES CEDEX  [jean.pitois@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:jean.pitois@dgfip.finances.gouv.fr) |
| **Imputation budgétaire** | Budget hospitalier |

**E- En cas d’affacturage**

**Nous vous demandons de privilégier le cas A pour un traitement facilité de vos factures.**

A- Mention concernant l’affacturage dans le cadre d’une subrogation (1)

Les comptables sont autorisés à régler entre les mains du factor les mandats émis au nom du créancier, lorsque les mémoires, factures, situations de travaux et autres documents comportent les mentions suivantes :

« Règlement à l’ordre de (indication de la société d’affacturage ou de son mandataire) à lui adresser directement (adresse, numéro de téléphone, numéro du compte courant bancaire ou postal).

Elle le reçoit par subrogation dans le cadre du contrat d’affacturage.

Elle devra être avisée de toute demande de renseignements ou réclamations. »

B- Mention concernant l’affacturage dans le cadre d’une cession ou d’un nantissement (1)

Les comptables sont autorisés à régler entre les mains du factor les mandats émis au nom du créancier, lorsque les mémoires, factures, situations de travaux et autres documents comportent les mentions suivantes :

« La créance relative à la présente facture a été cédée à (indication du cessionnaire) dans le cadre des articles L.313-23 à L313-29-2 du code monétaire et financier.

Le paiement doit être effectué par chèque, traite, billets, etc., établi à l’ordre de (nom de la société d’affacturage ou de son mandataire) et adressé à ou par virement au compte n°chez. »

(1) Ces mentions doivent être indiquées aussi bien dans le cas d’un affacturage dit classique où le créancier titulaire du marché prend l’initiative d’un affacturage, que dans le cas d’un affacturage dit inversé ou collaboratif où l’initiative de l’affacturage vient du pouvoir adjudicateur débiteur.

** Le présent marché public** est conclu par l’établissement support désigné par la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) en date du 30 juin 2016.

** L’établissement support** agit :

pour son propre compte uniquement

pour son propre compte et le compte de l’(des) établissement(s) désigné(s) à l’annexe de l’acte d’engagement dans le cadre du GHT

pour l’(les) établissement(s) désigné(s) à l’annexe de l’acte d’engagement dans le cadre du GHT

* **L’Hôpital Le Vésinet**

1. Avenue de la Princesse

78110 LE VESINET

Siret : 267 802 403 00019

**F- Décision de l’acheteur public**

*Partie réservée à l’acheteur*

**La présente offre est acceptée :**

Avec sa solution de base

Avec ses tranches optionnelles :

Avec son(ses) option(s)

Elle est complétée par les annexes suivantes :

Annexe relative à la désignation de(s) établissement(s) concerné(s) par l’exécution du contrat

Annexe financière *(à préciser)* : tableau répartition honoraires

RIB

Autres annexes *(à préciser)* :

Le Chesnay-Rocquencourt, le

L’Acheteur Public

Le Directeur général

Par délégation

Le Directeur des achats, de l’hôtellerie et de la logistique

Nicolas STUDER

**G- Notification**

Par avis de réception postal (joint au présent acte d’engagement)

Par avis de réception électronique reçu via le profil acheteur

Signé par le titulaire, ou exemplaire remis sur place

**H- Nantissement ou cession de créance**

**Copie délivrée en unique exemplaire** pour être remise à l'établissement de crédit ou au bénéficiaire de la cession ou du nantissement de droit commun.

**Identification du créancier :**

* Titulaire du marché :
* Sous-traitant de 1er rang :
* Membre d’un groupement solidaire :
* Membre d’un groupement conjoint :
* Mandataire solidaire :
* Mandataire conjoint :

**Identification de la créance cessible :**

La cession de créance est effectuée sur la partie suivante du marché:

* Tranche ferme
  + Pour un montant en € HT de :
  + Soit un montant en € TTC de :
* Tranche optionnelle n° 1
  + Pour un montant en € HT de :
  + Soit un montant en € TTC de :
* Tranche optionnelle n° 2
  + Pour un montant en € HT de :
  + Soit un montant en € TTC de :
* Tranche optionnelle n° 3
  + Pour un montant en € HT de :
  + Soit un montant en € TTC de :

Le Chesnay-Rocquencourt, le

L’Acheteur Public

Le Directeur général

Par délégation

Le Directeur des achats, de l’hôtellerie et de la logistique

Nicolas STUDER