

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

**Direction Logistique et Informatique**

**92, Avenue de Paris**

**78000 VERSAILLES**

|  |
| --- |
| **MAINTENANCE PRÉVENTIVE ET CORRECTIVE MULTI TECHNIQUES DES INSTALLATIONS DE LA CPAM DES YVELINES** |

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

**CONSULTATION N° 2026.78.3.2.1.004.00.00.00**

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 D’APPEL D’OFFRES OUVERT EN APPLICATION DES ARTICLES L.2124-2 ET R.2124-2, R.2161-1 ET SUIVANTS DU CODE PRÉCITÉ**

Le présent Acte d’Engagement comporte de 8 feuillets,

Numérotés de 1 à 8.

**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 Administratives Particulières (CCAP) et du Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP), 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 coefficient de majoration que j’aurais accordé à l’Organisme sur l’ensemble de mes pièces détachées.
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**

1. **COUT DE LA MAINTENANCE PREVENTIVE SUR LE SITE DE VERSAILLES ET DES AUTRES SITES EN ANNEXE 1**

Le montant mensuel et annuel de la prestation, tel qu'inscrit dans le DPGF, devra également être précisé dans l'acte d'engagement ci-dessous :

* **Montant mensuel de la prestation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Désignation** | **Montant mensuel et forfaitaire en € HT** | **Montant TVA (20%)** | **Montant mensuel et forfaitaire en € TTC** |
| Maintenance de Versailles siège et des autre sites |  |  |  |

* **Montant annuel de la prestation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Désignation** | **Montant annuel global et forfaitaire en € HT** | **Montant TVA (20%)** | **Montant annuel global et forfaitaire en € TTC** |
| Maintenance de Versailles siège et des autre sites |  |  |  |

1. **COUT DE LA MAINTENANCE CURATIVE EN DEHORS DES HEURES DE PRESENCE DU TECHNICIEN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignation** | **VERSAILLES SIEGE** | | | **SITES ANNEXES\*** | |
| **COUT DE MAIN D’ŒUVRE EN € HT PAR HEURE** | **COUT DE DÉPLACEMENT FORFAITAIRE**  **EN € HT** | **COUT DE MAIN D’ŒUVRE EN € HT PAR HEURE** | | **COUT DE DÉPLACEMENT FORFAITAIRE**  **EN € HT** |
| JOUR (de 6h à 20 h) | € | € | € | | € |
| SAMEDI en heures ouvrées (sauf maintenance électrique) | € | € | € | | € |
| NUITS ET JOURS FERIES | € | € | € | | € |

**\*L’annexe concernée est l’annexe 1 du CCTP.**

1. **PIECES DETACHEES (COEFFICIENT DE MAJORATION tel que mentionné à l’article 7.1.2 du CCAP du 16/12/2022) ne pouvant dépasser 1,20**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **COEFFICIENT** |
| > 500 euros H.T. |  |

1. **COUT DE MISE A DISPOSITION D’EQUIPEMENT DE SECOURS EN CAS DE PANNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRIX UNITAIRE PENDANT LA DUREE DE LA PANNE** | **MONTANT €** | |
| **HT** | **TTC** |
| Livraison, installation et mise à disposition de radiateurs électriques |  |  |
| Livraison, installation et mise à disposition de climatisations mobiles |  |  |
| Livraison, installation et mise à disposition de groupe électrogène |  |  |

***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).

1. **DELAI D’INTERVENTION EN ASTREINTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DELAI** | **DU LUNDI AU VENDREDI 11H30 et 18H00** | **MERCREDI entre 7H30 et 18H00** | **NUIT, WEEK-END et JOUR FERIE** |
| (en heure) |  |  |  |

**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.