|  |
| --- |
| **ACTE D'ENGAGEMENT** |

**ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET DE SERVICES**

|  |
| --- |
| **TRANSPORTS SANITAIRES A LA CHARGE DES ETABLISSEMENTS DU GHT SUD BRETAGNE** |

Cadre réservé à l'acheteur

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRAT N°** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTIFIE LE** |  | ....... ....... / ....... ....... / ....... ....... ....... ....... |

**GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD**

**Etablissement support du GHT Sud Bretagne**

**Direction Achats et Logistique / Cellule marchés de territoire**

5 avenue de Choiseul - BP 12233

56322 LORIENT

Tél : 02.97.06.97.73

🖂: cellulemarches@ghbs.bzh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L'ESSENTIEL DE L'ACTE D'ENGAGEMENT | | |
|  | **Objet** | TRANSPORTS SANITAIRES A LA CHARGE DES ETABLISSEMENTS DU GHT SUD BRETAGNE |
|  | **Mode de passation** | Procédure adaptée ouverte |
|  | **Type de contrat** | Accord-cadre |
|  | **Prix** | Prix unitaires |
|  | **Variantes** | Sans |
|  | **PSE** | Sans |
|  | **Avance** | Sans |
|  | **Clauses sociales** | Sans |
|  | **Clauses environnementales** | Avec |

**SOMMAIRE**

[1 - Préambule : Liste des lots 4](#_Toc222316287)

[2 - Identification de l'acheteur 4](#_Toc222316288)

[3 - Identification du co-contractant 4](#_Toc222316289)

[4 - Dispositions générales 6](#_Toc222316290)

[4.1 - Objet 6](#_Toc222316291)

[4.2 - Mode de passation 6](#_Toc222316292)

[4.3 - Forme de contrat 6](#_Toc222316293)

[5 - Prix 6](#_Toc222316294)

[6.1 - Caractéristiques des prix pratiqués 6](#_Toc222316295)

[6 - Durée de l'accord-cadre 7](#_Toc222316296)

[7 - Paiement 7](#_Toc222316297)

[8 - Nomenclature(s) 8](#_Toc222316298)

[9 - Signature 8](#_Toc222316299)

[ANNEXE N° 1 : DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS 11](#_Toc222316300)

# 1 - Préambule : Liste des lots

|  |  |
| --- | --- |
| Lot(s) | Désignation |
| 1 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites de Lorient et Ploemeur |
| 2 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS site du Faouët |
| 3 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites de Quimperlé et Moelan |
| 4 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites d'Hennebont et Riantec |
| 5 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers les sites de l'EPSM CHARCOT |

# 2 - Identification de l'acheteur

Nom de l'organisme : Groupe Hospitalier Bretagne Sud, établissement support du GHT Sud Bretagne.

Personne habilitée à donner les renseignements relatifs aux nantissements et cessions de créances :

Mme GRUEL Sophie – Responsable de la Cellule des Marchés

Comptable assignataire des paiements : TRESORERIE HOSPITALIERE OUEST MORBIHAN, 1 RUE DES CAPUCINES

CS 80131-56704 HENNEBONT CEDEX

# 3 - Identification du co-contractant

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives de l'accord-cadre indiquées à l'article "pièces contractuelles" du Cahier des clauses particulières qui fait référence au CCAG - Fournitures Courantes et Services 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 :

**TRANSPORTS SANITAIRES A LA CHARGE DES ETABLISSEMENTS DU GHT SUD BRETAGNE**

L'objet de la prestation concerne les transports terrestres de patients à la charge des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire Sud Bretagne

Les prestations définies au CCP 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 3° du Code de la commande publique.

## 4.3 - Forme de contrat

L'accord-cadre avec maximum est passé en application des articles L2125-1 1°, R. 2162-1 à R. 2162-6, R. 2162-13 et R. 2162-14 du Code de la commande publique. Il fixe les conditions d'exécution des prestations et s'exécute au fur et à mesure de l'émission de bons de commande.

# 5 - Prix

Les prestations seront rémunérées par application aux quantités réellement exécutées des prix unitaires fixés dans le bordereau des prix**, au(x)quel(s) sera appliqué un rabais de ................ %.**

## 6.1 - Caractéristiques des prix pratiqués

Les prestations sont réglées par des prix unitaires selon les stipulations de l'acte d'engagement.

Les prix de référence du marché sont les prix unitaires nets T.T.C. en euros.

Les prix du présent marché sont réputés établis sur la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale à la date de remise des offres selon convention passée entre les entreprises de transport sanitaire et les caisses d'assurance maladie.

L’entreprise indiquera le rabais qu'elle consent sur les tarifs de la sécurité sociale, sous forme d’un pourcentage de remise s’appliquant après addition des différents forfaits et suppléments éventuels :

**% de remise sur tarifs transports sanitaires par ambulance ;**

**% de remise sur tarifs transports assis professionnalisés ;**

**% de remise sur transport simultané.**

Les prix de règlement s’entendent toutes taxes comprises, au taux de TVA en vigueur le jour de la prestation

Modalités de variation des prix

Les prix unitaires nets TTC des transports suivent les variations de tarifs fixés par l’autorité administrative. Le(s) pourcentage(s) de remise indiqué(s) à l’acte d’engagement s’appliquent sur les nouveaux tarifs, pendant toute la durée du marché (joindre à la proposition, les derniers tarifs en vigueur).

NB : les établissements ont la responsabilité de proposer un modèle économique dans le cadre du présent marché (distinguant à minima le recours à un transport allongé et le recours à un transport assis, et ce en cohérence avec les lots établis).

Il peut par ailleurs être laissé aux candidats la possibilité d’adapter ce modèle (variante au modèle économique).

 Le montant des prestations pour la période initiale de l'accord-cadre est défini(e) comme suit :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lot(s) | Désignation | Maximum périodique |
| 1 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites de Lorient et Ploemeur | 260 000,00 € |
| 2 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS site du Faouët | 65 000,00 € |
| 3 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites de Quimperlé et Moelan | 230 000,00 € |
| 4 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites d'Hennebont et Riantec | 115 000,00 € |
| 5 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers les sites de l'EPSM CHARCOT | 110 000,00 € |

Conformément à la clause de réexamen du marché, les montants maximums peuvent être augmentés par voie d’avenant.

# 6 - Durée de l'accord-cadre

La durée de l'accord-cadre et le délai d'exécution des commandes ainsi que tout autre élément indispensable à leur exécution sont fixés dans les conditions du CCP.

# 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 |  |
| 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 CCP s'appliquent.

# 8 - Nomenclature(s)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Code principal | Description |
| 85143000-3 | Services ambulanciers |

# 9 - Signature

**ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation de l'accord-cadre à mes (nos) torts exclusifs que la (les) société(s) pour laquelle (lesquelles) j'interviens (nous intervenons) 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.

(Ne pas compléter dans le cas d'un dépôt signé électroniquement)

Fait en un seul original

A .............................................

Le .............................................

Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement 1

**ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE POUVOIR ADJUDICATEUR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Offre  retenue | Lot(s) | Désignation |
|  | 1 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites de Lorient et Ploemeur |
|  | 2 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS site du Faouët |
|  | 3 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites de Quimperlé et Moelan |
|  | 4 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers le GHBS sites d'Hennebont et Riantec |
|  | 5 | Transports sanitaires en ambulance ou assis professionnalisés de patients au départ et vers les sites de l'EPSM CHARCOT |

La présente offre est acceptée

A .............................................

Le .............................................

Signature du représentant du pouvoir adjudicateur.

**NANTISSEMENT OU CESSION 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 |  |  |  |