**ACTE D’ENGAGEMENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° marché** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° nomenclature** | **0** | **8** | **1** | **2** | **9** | **0** |

**MARCHÉ PUBLIC DE SERVICES**

**Maître de l’ouvrage :** Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

**Etablissement :** Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP. Sorbonne Université

**Opération :** Vérifications réglementaires des moyens de secours (extincteurs, colonnes sèches, robinets d’incendie armés, poteaux et bouches d’incendie, armoires inflammables, extinction automatique) pour les établissements hospitaliers du Groupe Hospitalier Sorbonne Université.

**Lot 1 :** Sites Saint-Antoine, Tenon, Trousseau, Rothschild et La Roche-Guyon.

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’effet du marché |  |
| Montant minimum du marché (part forfaitaire) |  |
| Montant maximum du marché (part forfaitaire + part à bon de commande) |  |
| Imputation : Classe 6 | |
| Comptes : H615226 – H61526880 | |

Marché mixte à prix forfaitaires et à prix unitaires, passé sur Appel d’Offres Ouvert en application des articles R.2124-1, R.2124-2, R2161-2 à R.2161-5 du code de la commande publique et issu de la consultation n° AP-HP.SU 26-007 du 25/02/2026.

**PERSONNE HABILITEE A DONNER LES RENSEIGNEMENTS PREVUS AUX ARTICLES R.2191-46 A R.2196-62 DU CODE DE LA COMMANDE PUBLIQUE :**

Madame la Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université

**Signataire du marché** : Madame Christine WELTY, Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université ayant reçu délégation du Directeur Général de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris par arrêté directorial n°75-2022-07-08-00005 du 08/07/2022 ou son subdélégataire Madame Pauline MAISANI, Adjointe à la Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université, Directrice du site Pitié-Salpêtrière ou Monsieur Aurélien MOLLARD, Secrétaire Général du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université, Directeur des sites Armand Trousseau et La Roche Guyon par arrêté directorial n°75-2022-07-11-00005 du 11/07/2022.

**Comptable public assignataire des paiements** : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

ARTICLE I – CONTRACTANT

Je soussigné[[1]](#footnote-1) :

A dupliquer pour chaque membre du groupement

Fonction :

Agissant au nom et pour le compte de la société[[2]](#footnote-2) :

Mandataire du groupement solidaire/conjoint\* :

(\*rayer la mention inutile)

Au capital de :

Dont le siège est[[3]](#footnote-3) :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopie :

Email :

**Immatriculé à l'INSEE :**

Numéro d’identité d’établissement (SIRET) :

Code d'activité économique principale (APE) :

**Numéro d’inscription :**

Au registre de commerce des sociétés[[4]](#footnote-4) :

Au répertoire des métiers :

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières (20 pages) et du Cahier des Clauses Techniques Particulières (17 pages) et des documents qui y sont mentionnés, et après avoir établi les déclarations prévues aux articles R.2142-3 à R.2142-4, R.2143-4, R.2143-5, R.2143-6 à R.2143-10 et R.2143-11 à R.2143-12 du code de la commande publique, dans la cadre de la présente consultation.

1. M’engage, sans réserve, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus à exécuter les prestations désignées au marché, aux prix et conditions indiqués dans l’annexe financière jointe. Le prix du marché est réputé établi sur la base des conditions économiques du mois de Mars 2026 ce mois est appelé « mois zéro » (Mo).
2. Déclare que :

- les prestations seront exécutées pour le compte du GH AP-HP SU.

- mes prix seront conformes aux dispositions de l’article n°4 du Cahier des Clauses Administratives Particulières.

L'offre, ainsi présentée ne me lie toutefois que si son acceptation m'est notifiée dans le délai de 180 jours (6 mois) à compter de la date de remise des offres.

ARTICLE II – PRIX

2.1 Modalités de révision

Les modalités de révision ou d'actualisation des prix sont fixées au C.C.A.P.

2.2 Montant minimum – Part forfaitaire

Les prestations seront rémunérées par application d'un prix global et forfaitaire.

**Montant annuel :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **HT en €** | **TVA 20%** | **TTC en €** |
| **Saint-Antoine** |  |  |  |
| **Tenon** |  |  |  |
| **Trousseau** |  |  |  |
| **Rothschild** |  |  |  |
| **La Roche-Guyon** |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

Montant total HT arrêté en lettres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Montant sur la durée du marché (4 ans) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **HT en €** | **TVA 20%** | **TTC en €** |
| **Saint-Antoine** |  |  |  |
| **Tenon** |  |  |  |
| **Trousseau** |  |  |  |
| **Rothschild** |  |  |  |
| **La Roche-Guyon** |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

Montant total HT arrêté en lettres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3 Prestations à prix unitaires – Part à bons de commande

|  |
| --- |
| **Interventions hors forfait** |

Les prestations « hors forfait » seront rémunérées par application des prix unitaires figurant au bordereau des prix fixés selon BPU joint en annexe.

Coefficient de majoration sur le prix d’achat des pièces de rechange non prévues dans le bordereau de prix :

|  |
| --- |
| 1,15 |

Montant maximum de la part à commandes pour 4 ans : 200 000 € HT sur la durée du marché.

2.4 Montant maximum sur la durée du marché

Ce montant comprend la part forfaitaire et la part à bons de commande.

2.5 Mois d’établissement des prix du marché

Le prix du marché est réputé établi sur la base des conditions économiques du mois de Mars 2026. Ce mois est appelé "Mois zéro" (Mo).

**2-5 a)** Les annexes au présent acte d'engagement indiquent la nature et le montant des prestations que j'envisage de faire exécuter par des sous-traitants payés directement, le nom de ces sous-traitants et les conditions de paiement des contrats de sous-traitance ; le montant des prestations sous traitées indiqué dans chaque annexe constitue le montant maximal, non révisable ni actualisable, de la créance que le sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement.

Chaque annexe constitue une demande d'acceptation du sous-traitant concerné et d'agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance, demande qui est réputée prendre effet à la date de notification du marché ; cette notification est réputée emporter acceptation du sous-traitant et agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance.

Le montant total TVA incluse des prestations que j'envisage de sous-traiter conformément à ces annexes est de :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euros (en lettres)

**2-5 b)** En outre le tableau ci-après indique la nature et le montant des prestations que j'envisage de faire exécuter par des sous-traitants payés directement après avoir demandé en cours de travaux leur acceptation à la personne responsable du marché ; les sommes figurant à ce tableau correspondent au montant maximal, non révisable ni actualisable, de la créance que le sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement.

|  |  |
| --- | --- |
| Nature de la prestation | Montant (TVA incluse) |
|  |  |
| TOTAL |  |

**2-5 c)** Le montant maximal TVA incluse de la créance que je pourrai présenter en nantissement est de :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euros (en lettres)

ARTICLE III – DELAIS

Le marché est conclu pour 4 ans à compter de sa notification.

Si le montant maximum du marché est atteint il sera résilié de plein droit et sans aucune indemnité.

Les délais d’exécution sont définis au CCAP pour la partie forfaitaire du marché et sur les bons de commande pour les prestations concernées.

ARTICLE IV – PAIEMENTS

Le maître d'ouvrage se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant du crédit du compte ouvert :

Au nom de :

A la banque[[5]](#footnote-5) :

Compte n° :

Code banque :

Code guichet :

Code RIB :

Toutefois le maître de l'ouvrage se libérera des sommes dues aux sous-traitants payés directement en en faisant porter les montants au crédit des comptes désignés dans les annexes, les actes modificatifs ou les actes spéciaux

ARTICLE V – AVANCE

Je renonce au bénéfice de l’avance :  NON  OUI

(Cocher la case correspondante)

Fait en un seul original

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le \_\_/\_\_/2026

Signature électronique obligatoire

|  |
| --- |
| **Partie réservée à l’administration**  **VISAS** |

**Intitulé du marché :** Vérifications réglementaires des moyens de secours (extincteurs, colonnes sèches, robinets d’incendie armés, poteaux et bouches d’incendie, armoires inflammables, extinction automatique) pour les établissements hospitaliers du Groupe Hospitalier Sorbonne Université.

**Entreprise attributaire du marché :**

**Code Fournisseur :**

**Exercices :** 2026-2027-2028-2029-2030

**Code CPV : 75250000**

**Est acceptée la présente offre pour valoir acte d’engagement**, pour les vérifications réglementaires des moyens de secours (extincteurs, colonnes sèches, robinets d’incendie armés, poteaux et bouches d’incendie, armoires inflammables, extinction automatique) du Groupe Hospitalier Sorbonne Université – Lot 1 : Sites Saint-Antoine, Tenon, Trousseau, Rothschild et La Roche-Guyon pour une durée de 4 ans à compter de sa notification.

Montant minimum (part forfaitaire) :

Montant maximum (part forfaitaire + part à bons de commande) :

Si elle est établie dans un autre Etat membre de l’Union Européenne, la société titulaire devra impérativement faire figurer, sur chaque facture, le numéro individuel d’identification pour les opérations intracommunautaires de l’AP-HP : **FR95267500452**. Il est également obligatoire de faire référence à l’article 21 I-a de la 6ème Directive TVA (ou autre texte local dérivé de cette directive) sur la facture.

A Paris, le :

Pour le Directeur Général de l’AP-HP, par délégation, Madame Christine WELTY, Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université ou son subdélégataire Madame Pauline MAISANI, Adjointe à la Directrice du groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université, Directrice du site Pitié-Salpêtrière, ou Monsieur Aurélien MOLLARD, Secrétaire Général du groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Sorbonne Université, Directeur des sites Trousseau - La Roche Guyon

A Paris, le :

Le Contrôleur Financier

Notification du marché le

**REPARTITION DES PRESTATIONS ET DES PAIEMENTS ENTRE LES MEMBRES DU GROUPEMENT**

Les contractants solidaires s’engagent financièrement pour la totalité des prestations visées au présent marche.

*Ou*

Les contractants conjoints précisent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’eux s’engage à réaliser :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Membre du Groupement* | *Prestations assurées* | *Montant\** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Pour les accords-cadres et les accords-cadres à bons de commande, l’acte d’engagement peut n’indiquer que la répartition des prestations.

**CADRE POUR FORMULE DE NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES**

Copie conforme à l’original du présent acte d’engagement délivrée en UN EXEMPLAIRE UNIQUE pour servir et faire valoir ce que droit dans le cadre du nantissement de créance pour le :

Le montant global du marché, soit

Une partie du marché à hauteur de

A , le

Le représentant légal de l’hôpital

**ANNEXE A L’ACTE D’ENGAGEMENT EN CAS DE SOUS-TRAITANCE**

Demande d’acceptation d’un sous-traitant et d’agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance

Marché : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titulaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prestations sous-traitées**

Nature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Montant (TVA comprise) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sous-traitant**

Nom, raison ou dénomination sociale :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entreprise individuelle ou forme juridique de la société :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro d’identité d’établissement (SIRET) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro d’inscription au registre du commerce ou au répertoire des métiers :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Compte à créditer (établissement de crédit, agence ou centre, numéro de compte) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Conditions de paiement du contrat de sous-traitance**

Modalités de calcul et de versements des avances et des acomptes :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date (ou mois) d’établissement des prix :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalité de révision de prix :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stipulations relatives aux délais, pénalités, primes, réfactions et retenues diverses (cf. CCAP) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R.2191-46 à R.2196-62 du code de la commande publique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMPTABLE ASSIGNATAIRE DES PAIEMENTS : Monsieur le Directeur Spécialisé des Finances Publiques pour l’Assistance Publique - Hôpitaux de Paris**

Le sous-traitant :

Le titulaire :

1. Nom et prénom [↑](#footnote-ref-1)
2. Intitulé complet et forme juridique de la société [↑](#footnote-ref-2)
3. Adresse complète et numéro de téléphone [↑](#footnote-ref-3)
4. Rayer la mention inutile [↑](#footnote-ref-4)
5. Indiquer l’intitulé en toutes lettres de l’établissement où est ouvert le compte et l’adresse de cet établissement [↑](#footnote-ref-5)