



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haut-Rhin

ACTE D'ENGAGEMENT 2026146.....

ATTRI1

En cas de candidature groupée, un acte d'engagement unique est rempli pour le groupement d'entreprises
Il y a lieu de compléter un seul acte d'engagement, quel que soit le nombre de lot auquel le candidat soumissionne).

A - Objet de l'acte d'engagement

■ Objet du marché :

N°2026146 – Prestations de navettes quotidiennes in ter-sites pour le transport du courrier interne de la CPAM du Haut-Rhin et services associés

■ Cet acte d'engagement correspond :
(Cocher les cases correspondantes.)

1. ☒ à l'ensemble du marché public *(en cas de non allotissement)* ;
☐ au lot n°..... ou aux lots du marché *(en cas d'allotissement)* ;
(Indiquer l'intitulé du ou des lots tel qu'il figure dans l'avis d'appel à la concurrence ou l'invitation à confirmer l'intérêt.)
2. ☒ à l'offre de base ;
☐ à la variante suivante :
3. ☐ avec les prestations supplémentaires suivantes :

B - Engagement du titulaire ou du groupement titulaire

B1 - Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire

(Cocher les cases correspondantes.)

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché suivantes,

- ☒ CCATP n°2026146
- ☒ CCAG- FCS approuvé par l'arrêté du 31 mars 2021 et consolidé au 30 septembre 2021
- ☐ CCTP n°
- ☒ Autres : **le Livret de Sécurité du Prestataire V08.24 et sa liste d'émargement ainsi que la Charte RSO**

et conformément à leurs clauses, qu'il accepte sans réserve

☐ le signataire

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

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du soumissionnaire, 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.]

☐ engage la société sur la base de son offre ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du soumissionnaire, 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.]

☐ 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, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées :

☐ aux prix indiqués ci-dessous ;

☐ Taux de la TVA :

☐ Montant hors taxes¹ :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à :

.....

Montant hors taxes arrêté en lettres à :

.....

☐ Montant TTC⁴ :

Montant TTC arrêté en chiffres à :

.....

Montant TTC arrêté en lettres à :

.....

OU

☒ aux prix indiqués dans l'annexe financière jointe au présent document (DPGF).

¹ Le montant de l'offre établie à partir de prix unitaires est calculé par référence à la quantité estimée dans l'avis d'appel public à la concurrence.

⁴ Ne pas remplir lorsque les règles de TVA intracommunautaire prévoient le paiement de la TVA par l'acheteur. Dans ce cas, celui-ci doit indiquer son numéro d'identification au titulaire avant la date de facturation.

B2 – Clause d'insertion sociale

L'entreprise désignée au présent acte d'engagement :

- **DECLARE** être une SIAE (Structure d'Insertion par l'Activité Economique) au sens de l'article L.5132-4 du Code du travail et de disposer d'un agrément en cours de validité l'habilitant à employer et accompagner des personnes en parcours d'insertion.
- **DECLARE** avoir pris connaissance du CCAP précisant les modalités de mise en œuvre de l'action d'insertion prévue au CCAG, afin de promouvoir l'emploi de personnes rencontrant des difficultés sociales et/ou professionnelles particulières ;
- **S'ENGAGE** à prendre contact avec la facilitatrice désignée à l'article **7.17.1. du CCATP** et ce, dès l'attribution du marché, afin de lui préciser les modalités de mise en œuvre de la clause d'insertion ;

Coordonnées de la personne en charge de l'insertion (obligatoire):

Nom :
Prénom :
Fonction :
Téléphone :
Adresse mail :

- **S'ENGAGE** à fournir, à la demande du maître d'ouvrage ou du facilitateur, dans le délai qui me sera imparti, toutes informations utiles à l'appréciation de la réalisation de l'action d'insertion.

B3 – Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations

(En cas de groupement d'opérateurs économiques.)

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

(Cocher la case correspondante.)

☐ conjoint OU ☐ solidaire

(Les membres du groupement conjoint 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

B4 - Compte (s) à créditer

(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)

- Nom de l'établissement bancaire :
- Numéro de compte :

B5 - Avance ([article R. 2191-3](#) ou [article R. 2391-1](#) du code de la commande publique)

Je renonce au bénéfice de l'avance : ☐ Non ☐ Oui
(Cocher la case correspondante.)

B6 - Durée d'exécution du marché public

La durée d'exécution du marché public est de **6 mois (jusqu'au 31 mai 2026)** ou jours à compter de :
(Cocher la case correspondante.)

- ☐ la date de notification du marché public ;
- ☐ la date de notification de l'ordre de service ;
- ☒ la date de début d'exécution prévue par le marché public lorsqu'elle est postérieure à la date de notification, soit le : **1er décembre 2026.**

Le marché public est reconductible : ☐ Non ☒ Oui
(Cocher la case correspondante.)

Si oui, préciser : Nombre des reconductions : **7**
Durée des reconductions : **6 mois**

B7 – Police d'assurance :

Assureur :

Police n°:

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

Attention, si le soumissionnaire (individuel ou groupement d'entreprises) a présenté un sous-traitant au stade du dépôt de l'offre et que l'acte spécial concernant ce sous-traitant n'a pas été signé par le soumissionnaire ou membre du groupement et le sous-traitant concerné, il convient de faire signer ce DC4 par le biais du formulaire ATTRI2.

C1 – Signature du marché public par le titulaire individuel :

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.

C2 – Signature du marché public en cas de groupement :

Les membres du groupement d'opérateurs économiques désignent le mandataire suivant ([article R. 2142-23](#) ou [article R. 2342-12](#) du code de la commande publique) :

[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 en cas de marché public autre que de défense ou de sécurité. Dans le cas contraire, ces documents ont déjà été fournis)
- ☐ pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;
(joindre les pouvoirs en annexe du présent document en cas de marché public autre que de défense ou de sécurité. Dans le cas contraire, ces documents ont déjà été fournis)
- ☐ ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.
(hors cas des marchés de défense ou de sécurité dans lequel ces documents ont déjà été fournis).

☐ Les membres du groupement, qui signent 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.

D - Identification et signature de l'acheteur.

■ Désignation de l'acheteur

(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l'avis d'appel à la concurrence ou l'invitation à confirmer l'intérêt ; en cas de publication d'une annonce au Journal officiel de l'Union européenne ou au Bulletin officiel des annonces de marchés publics, la simple indication de la référence à cet avis est suffisante.)

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAUT-RHIN
19 boulevard du Champ de Mars
68022 COLMAR CEDEX

Tél. 03 68 47 94 69

polemarches.cpam-hautrhin@assurance-maladie.fr

■ Nom, prénom, qualité du signataire du marché public

(Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager l'acheteur qu'il représente.)

Monsieur Christophe LAGADEC, Directeur,
ou l'un(e) de ses délégataires

■ Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l'[article R. 2191-59](#) du code de la commande publique, auquel renvoie l'[article R. 2391-28](#) du même code (nantissements ou cessions de créances)

(Indiquer l'identité de la personne, ses adresses postale et électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie.)

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAUT-RHIN

Monsieur Christophe LAGADEC, Directeur
ou son délégataire

19 boulevard du Champ de Mars
68022 COLMAR CEDEX

Tél. 03 89 21 77 33

Fax 03 89 21 77 01

polemarches.cpam-hautrhin@assurance-maladie.fr

■ Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire

(Joindre une annexe récapitulative en cas de pluralité de comptables.)

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAUT-RHIN

Monsieur Mikaël KOENIG, Directeur Comptable et Financier
19 boulevard du Champ de Mars
68022 COLMAR CEDEX

Tél. 03 68 47 92 75

■ Imputation budgétaire

FNGA

A :, le

Signature

(représentant de l'acheteur habilité à signer le marché)