

[illegible]

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Pouvoir adjudicateur</i></b>                                               |
| État – Ministère des Transports<br>Direction Interdépartementale des Routes Nord |

| Objet du marché                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| Location de balayeuses de voirie sans chauffeur pour la DIR Nord |

| Lot 5                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Lot N°5 : Location de balayeuse-aspiratrice pour le district de RAR (Reims Ardennes) |

**Marché sur appel d'offres ouvert**, passé en application des articles L. 2124-1 et L. 2124-2 et R. 2124-1, R. 2124-2 du CCP et sous la forme d'un accord-cadre à bons de commande tel que défini aux articles R. 2162-1 à R. 2162-6 et R. 2162-13 à R. 2162-14 du CCP.

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Date du marché</b>           |
|                                 |
| <b>Numéro d'EJ du contrat</b>   |
|                                 |
| <b>Code CPV Principal</b>       |
| 34921100 - balayeuse de routes  |
| <b>Minimum - Maximum</b>        |
| Minimum TTC : Sans              |
| Maximum TTC : 160 560 €/12 mois |
| <b>Imputation</b>               |
| Budget État – programme 0203    |

(Réservé pour la mention d'exemplaire unique du marché)

## **ACTE D'ENGAGEMENT (AE)**

### ***Représentant du Pouvoir Adjudicateur (RPA)***

Madame la Directrice Interdépartemental des Routes Nord  
par arrêté du Préfet Coordonnateur des itinéraires routiers, Préfet de la région Hauts  
de France, Préfet du Nord, du 28/03/2024

### ***Ordonnateur***

Madame la Directrice Interdépartementale des Routes Nord  
par arrêté du Préfet Coordonnateur des itinéraires routiers, Préfet de la région Hauts  
de France, Préfet du Nord, du 28/03/2024

### ***Comptable public assignataire***

Monsieur le Directeur régional des finances publiques des Hauts-de-France et du  
département du Nord

***Dans la suite du présent document le terme de "marché" désigne un "accord-cadre à bons de commande"***

***Dans tout ce document, le code de la commande publique est désigné par l'abréviation CCP.***

## ARTICLE PREMIER. CONTRACTANT(S)

☐ Je soussigné,

Nom et prénom :

☐ Agissant en mon nom personnel ou sous le nom de :

Domicilié à :

Tel. :

Fax :

Courriel :

☐ Agissant pour le nom et le compte de la Société : (intitulé complet et forme juridique de la société)

Au capital de :

Ayant son siège à :

Tel. :

Fax :

Courriel :

N° d'identité d'établissement  
(SIRET) :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° d'inscription ☐ au répertoire des métiers ou ☐ au registre du commerce et des sociétés :

☐ Nous soussignés,

| Cotraitant 1                                                                                                                              |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Nom et prénom :                                                                                                                           |       |
| <input type="checkbox"/> Agissant en mon nom personnel ou sous le nom de :                                                                |       |
|                                                                                                                                           |       |
| Domicilié à :                                                                                                                             |       |
| Tel. :                                                                                                                                    | Fax : |
| Courriel :                                                                                                                                |       |
| <input type="checkbox"/> Agissant pour le nom et le compte de la Société : (intitulé complet et forme juridique de la société)            |       |
|                                                                                                                                           |       |
| Au capital de :                                                                                                                           |       |
| Ayant son siège à :                                                                                                                       |       |
| Tel. :                                                                                                                                    | Fax : |
| Courriel :                                                                                                                                |       |
| N° d'identité d'établissement (SIRET) :                                                                                                   |       |
| N° d'inscription <input type="checkbox"/> au répertoire des métiers ou <input type="checkbox"/> au registre du commerce et des sociétés : |       |

| Cotraitant 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant en mon nom personnel ou sous le nom de :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Domicilié à : <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <input style="width: 25%;" type="text"/></span> <span>Fax : <input style="width: 25%;" type="text"/></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant pour le nom et le compte de la Société :</b> (intitulé complet et forme juridique de la société)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Au capital de : <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ayant son siège à : <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <input style="width: 25%;" type="text"/></span> <span>Fax : <input style="width: 25%;" type="text"/></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'identité d'établissement (SIRET) : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'inscription <input type="checkbox"/> au répertoire des métiers ou <input type="checkbox"/> au registre du commerce et des sociétés : <input style="width: 150px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Cotraitant 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 600px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant en mon nom personnel ou sous le nom de :</b><br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 750px; height: 20px; margin-top: 5px;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Domicilié à : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> <span>Fax : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant pour le nom et le compte de la Société :</b> (intitulé complet et forme juridique de la société)<br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 750px; height: 20px; margin-top: 5px;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Au capital de : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ayant son siège à : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> <span>Fax : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'identité d'établissement (SIRET) : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'inscription <input type="checkbox"/> au répertoire des métiers <b>ou</b> <input type="checkbox"/> au registre du commerce et des sociétés : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 180px; height: 25px; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Cotraitant __                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 600px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant en mon nom personnel</b> ou sous le nom de : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 750px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Domicilié à : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> <span>Fax : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant pour le nom et le compte de la Société :</b> (intitulé complet et forme juridique de la société) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 750px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Au capital de : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 600px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ayant son siège à : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 600px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> <span>Fax : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'identité d'établissement (SIRET) : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'inscription <input type="checkbox"/> au répertoire des métiers <b>ou</b> <input type="checkbox"/> au registre du commerce et des sociétés : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 180px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Cotraitant __                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom et prénom : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 600px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant en mon nom personnel</b> ou sous le nom de : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 750px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Domicilié à : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> <span>Fax : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Agissant pour le nom et le compte de la Société :</b> (intitulé complet et forme juridique de la société) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 750px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Au capital de : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 600px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ayant son siège à : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 600px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Tel. : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> <span>Fax : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courriel : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 650px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'identité d'établissement (SIRET) : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° d'inscription <input type="checkbox"/> au répertoire des métiers <b>ou</b> <input type="checkbox"/> au registre du commerce et des sociétés : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 180px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

après avoir :

- pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP) N° **DIRN-SPT-MAT-2026-04** et des documents qui y sont mentionnés ;
- produit les documents et renseignements visés aux articles R. 2143-3 et R. 2143-4 du CCP.



**m'engage** sans réserve, à produire, dans les conditions fixées au règlement de la consultation, les certificats, attestations et déclarations mentionnés aux articles R. 2143-6 à R. 2143-10 du CCP ainsi que les attestations visées aux articles 1-8.1, 1-8.2 et 1-8.3 du CCAP et, conformément aux stipulations des documents cités ci-dessus, à exécuter les prestations du présent acte d'engagement dans les conditions ci-après définies.

L'offre ainsi présentée ne **me** lie toutefois que si son acceptation **m'**est notifiée dans un délai de 180 jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par le règlement de la consultation et rappelée en page de garde du CCAP.



**nous engageons** sans réserve, en tant que cotraitants **groupés solidaires**, représentés par :

mandataire du groupement, à produire, dans les conditions fixées au règlement de la consultation, les certificats, attestations et déclarations mentionnés aux articles R. 2143-6 à R. 2143-10 du CCP ainsi que les attestations visées aux articles 1-8.1, 1-8.2 et éventuellement au 1-8.3 du CCAP et, conformément aux stipulations des documents cités ci-dessus, à exécuter les prestations du présent acte d'engagement dans les conditions ci-après définies.

L'offre ainsi présentée ne **nous** lie toutefois que si son acceptation **nous** est notifiée dans un délai de 180 jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par le règlement de la consultation et rappelée en page de garde du CCAP.



**nous engageons** sans réserve, en tant que cotraitants **groupés conjoints**, représentés par :

mandataire du groupement, à produire, dans les conditions fixées au règlement de la consultation, les certificats, attestations et déclarations aux articles R. 2143-6 à R. 2143-10 du CCP que les attestations visées aux articles 1-8.1, 1-8.2 et éventuellement au 1-8.3 du CCAP et, conformément aux stipulations des documents cités ci-dessus, à exécuter les prestations du présent acte d'engagement dans les conditions ci-après définies et selon la répartition des prestations précisée en annexe au présent acte d'engagement.

Le mandataire du groupement conjoint **est solidaire** de chacun des membres du groupement pour ses obligations contractuelles à l'égard du pouvoir adjudicateur, pour l'exécution du marché.

L'offre ainsi présentée ne **nous** lie toutefois que si son acceptation **nous** est notifiée dans un délai de 180 jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par le règlement de la consultation et rappelée en page de garde du CCAP.

## ARTICLE 2. PRESTATIONS ET PRIX

### 2-1. Détermination des prix

Par dérogation à l'article 10.2.4 du CCAG, les prix du présent marché sont réputés établis sur la base des conditions économiques du mois précédant la date limite de remise des offres indiquée en page 1 du règlement de consultation et du présent CCAP.

Ce mois est appelé "mois zéro" ( $m_0$ ).

Les modalités de variation des prix sont fixées à l'article 3-3 du CCAP.

Les minima et maxima de l'accord-cadre à bons de commande du lot 5 sont fixés ainsi :

| période       | Minimum HT | Minimum TTC | Maximum HT | Maximum TTC |
|---------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Période ferme | -          | -           | 133 800 €  | 160 560 €   |
| reconduction1 |            |             | 133 800 €  | 160 560 €   |
| reconduction2 |            |             | 133 800 €  | 160 560 €   |
| reconduction3 |            |             | 133 800 €  | 160 560 €   |

Les prestations seront rémunérées par application, aux quantités réalisées, de la liste des prix du présent marché.



#### Groupement conjoint

Le détail des prestations exécutées par chacun des membres du **groupement conjoint** est joint en annexe au présent acte d'engagement.

### 2-2. Montant sous-traité

Sans objet.

## ARTICLE 3. DUREE DU MARCHE ET DELAIS DE REALISATION

### 3-1 Durée de validité du marché

La durée de validité du marché est de 12 mois à compter de sa notification.

Le marché est reconductible de manière tacite selon la périodicité suivante :

| Période           | Durée   |
|-------------------|---------|
| Période ferme     | 12 mois |
| Reconduction n° 1 | 12 mois |
| Reconduction n° 2 | 12 mois |
| Reconduction n° 3 | 12 mois |

Si le RPA ne souhaite pas reconduire le marché, il doit se prononcer dans un délai de 1 mois avant la fin de la période en cours.

Le titulaire ne peut refuser la reconduction.

### **3-3. Durée et délai de réalisation des bons de commande**

Le délai d'exécution afférent à chaque commande, ainsi que son point de départ, seront précisés dans le bon de commande sans pouvoir être inférieur à 15 jours ouvrés.

La durée pendant laquelle peuvent s'exécuter les bons de commande ne peut excéder la durée de validité du marché majorée de 2 mois.

#### **Interventions urgentes**

Les interventions seront effectuées sur simple appel téléphonique, par messagerie du profil d'acheteur (plate-forme PLACE) ou par télécopie de l'une des personnes, habilitées à signer les commandes visées à l'article 1-4 du CCAP, à l'une des personnes désignées ci-dessous et confirmé par bon(s) de commande.

Elles concernent les prestations suivantes :

Maintenance de la balayeuse louée suite panne ou casse

Les interventions sont effectuées dans le délai maximal suivant :

Le retard d'intervention concerne la maintenance de la balayeuse louée

- En heures ouvrables de jour (soit de 6 h à 16 h) : délai de 2 h,
- En heures nuit (soit de 16 h à 6 h) : délai de 3 h,
- En heures non ouvrables (dimanches et jours fériés) : délai de 3 h.

Le délai commence à courir à partir de l'heure de demande. Il est compté en heures de non-intervention.

le titulaire pourra être joint au(x) numéro(s) suivant(s) :

| Nom du prestataire | Personne à contacter | tél/fax/mel |
|--------------------|----------------------|-------------|
|                    |                      |             |
|                    |                      |             |
|                    |                      |             |

### **3-4. Lieu de fabrication ou d'origine**

Lieu de fabrication ou d'origine des fournitures :

- ☐ Pays de l'Union Européenne (UE) ;
- ☐ Pays membre de l'Organisation Mondiale du Commerce signataire de l'accord sur les marchés publics (UE exclue) ; Canada, Etats-Unis, Israël, Japon, Norvège, Singapour, Suisse
- ☐ Autre.

## **ARTICLE 4. PAIEMENTS**

Les modalités du règlement des comptes du marché sont spécifiées à l'article 3-2 du CCAP.

 **Prestataire unique**

La personne publique se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du compte (joindre un RIB ou RIP) :

|                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |           |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|-----------|--|--|--|--|
| compte ouvert à l'organisme bancaire : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |           |  |  |  |  |
| à :                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |           |  |  |  |  |
| au nom de :                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |           |  |  |  |  |
| sous le numéro :                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | clé RIB : |  |  |  |  |
| code banque :                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | code guichet : |  |  |  |           |  |  |  |  |
| IBAN                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |           |  |  |  |  |
| BIC (par SWIFT)                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |           |  |  |  |  |

 **Groupeement solidaire**

La personne publique se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du compte (joindre un RIB ou RIP) :

compte ouvert à l'organisme bancaire : \_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

au nom de : \_\_\_\_\_

sous le numéro : \_\_\_\_\_ clé RIB : \_\_\_\_\_

code banque : \_\_\_\_\_ code guichet : \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC (par SWIFT) \_\_\_\_\_

☐ Les soussignés prestataires groupés solidaires, autres que le mandataire, donnent par les présentes à ce mandataire qui l'accepte, procuration à l'effet de percevoir pour leur compte les sommes qui leurs sont dues en exécution du marché par règlement au compte ci-dessus du mandataire. Ces paiements seront libératoires vis-à-vis des prestataires groupés solidaires.

 **Groupement conjoint**

La personne publique se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit des comptes (joindre un RIB ou RIP) :



| Cotraitant 5                           |  |
|----------------------------------------|--|
| compte ouvert à l'organisme bancaire : |  |
| à :                                    |  |
| au nom de :                            |  |
| sous le numéro :                       |  |
| code banque :                          |  |
| code guichet :                         |  |
| IBAN                                   |  |
| BIC (par SWIFT)                        |  |

☐ **Prestataire unique**

Le prestataire désigné ci-devant :

☐ **refuse** de percevoir l'avance prévue à l'article 5-2 du CCAP.

☐ **ne refuse pas** de percevoir l'avance prévue à l'article 5-2 du CCAP.

☐ **Groupement solidaire**

Les prestataires désignés ci-devant :

☐ **refusent** de percevoir l'avance prévue à l'article 5-2 du CCAP.

☐ **ne refusent pas** de percevoir l'avance prévue à l'article 5-2 du CCAP.

☐ **Groupement conjoint**

| N° du cotraitant | Avance prévue à l'article 5-2 du §CCAP            |                                                          |
|------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1                | <input type="checkbox"/> refusent de la percevoir | <input type="checkbox"/> ne refusent pas de la percevoir |
| 2                | <input type="checkbox"/> refusent de la percevoir | <input type="checkbox"/> ne refusent pas de la percevoir |
| 3                | <input type="checkbox"/> refusent de la percevoir | <input type="checkbox"/> ne refusent pas de la percevoir |
| 4                | <input type="checkbox"/> refusent de la percevoir | <input type="checkbox"/> ne refusent pas de la percevoir |
| 5                | <input type="checkbox"/> refusent de la percevoir | <input type="checkbox"/> ne refusent pas de la percevoir |

Fait en un seul original

à :

le :

Mention(s) manuscrite(s) "lu et approuvé" signature(s) du/des prestataire(s) :

#### Visas

à :

le :

Avis de l'autorité chargée du contrôle financier déconcentré

Avis :

à :

le :

### Acceptation de l'offre

Est acceptée la présente offre pour valoir acte d'engagement.

Le Représentant du Pouvoir Adjudicateur

À :

le :

### Date d'effet du marché

Reçu notification du marché le :

Le **prestataire / mandataire du groupement** :

Reçu le \_\_\_\_\_ l'accusé de réception de la notification du marché  
du **prestataire / mandataire du groupement** destinataire.

Pour le Représentant du Pouvoir Adjudicateur,  
à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

☐ ANNEXE N°\_\_ A L'ACTE D'ENGAGEMENT EN CAS DE  
GROUPEMENT CONJOINT

Détail des prestations exécutées par chacun des cotraitants

| Nom du mandataire<br>cotraitant 1 |  | Prestations du mandataire - Poste(s)<br>technique(s)          |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|
|                                   |  |                                                               |
|                                   |  |                                                               |
|                                   |  |                                                               |
| Autres cotraitants                |  | Prestations des autres cotraitants - Poste(s)<br>technique(s) |
|                                   |  |                                                               |
| N°2                               |  |                                                               |
|                                   |  |                                                               |
| N°3                               |  |                                                               |
|                                   |  |                                                               |
| N°4                               |  |                                                               |
|                                   |  |                                                               |

| Nom du mandataire<br>cotraitant 1 |  | Prestations du mandataire - Poste(s)<br>technique(s) |
|-----------------------------------|--|------------------------------------------------------|
|                                   |  |                                                      |
| N°5                               |  |                                                      |