

**POLE LOGISTIQUE**

**SERVICE ACHAT**

**Pouvoir adjudicateur**

CPAM de la Loire-Atlantique  
9 rue Gaëtan Rondeau  
44958 Nantes Cedex 9

**Contact administratif et technique**

[Marches441.cpm-loire-  
atlantique@assurance-maladie.fr](mailto:Marches441.cpm-loire-atlantique@assurance-maladie.fr)

n°2026-09

**Prestation de restauration collective**

Acte d'engagement

**Date Limite de Remise des plis : Mercredi 30 Septembre 2026 à  
12h00.00**

## POUVOIR ADJUDICATEUR

Caisse Primaire d'Assurance maladie de Loire Atlantique

9, rue Gaëtan Rondeau

44000 NANTES

Le pouvoir adjudicateur est représenté par :

**Madame la Directrice de l'Agence Comptable de la CPAM DE LOIRE ATLANTIQUE**

Madame **Anne-Sophie DUPERRAY** est le comptable assignataire des paiements

**Marché passé en appel d'offre en application des articles L.2124-2 et R.2161-2 du code de la commande publique et de l'arrêté du 19 juillet 2018 portant réglementation sur les marchés des organismes de sécurité sociale du régime général.**

### DATE DU MARCHÉ

*(A remplir par l'autorité représentant le pouvoir adjudicateur, personne signataire du marché.*

*La date du marché est celle à laquelle la notification est effectuée : cette date est aussi indiquée sur la dernière page de l'Acte d'engagement).*

## ARTICLE 1. CONTRACTANT

---

### **Signataire**

|           |  |
|-----------|--|
| Nom :     |  |
| Prénom :  |  |
| Qualité : |  |

|                          |                                                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Signant pour mon propre compte                             |
| <input type="checkbox"/> | Signant pour le compte de la société                       |
| <input type="checkbox"/> | Signant pour le compte de la personne publique prestataire |

### **et**

|                          |                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Agissant en tant que prestataire unique                   |
| <input type="checkbox"/> | Agissant en tant que membre du groupement défini ci-après |

|                          |           |                          |          |
|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Solidaire | <input type="checkbox"/> | Conjoint |
|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|

### ***Prestataire individuel ou mandataire du groupement***

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Raison sociale :                 |  |
| Adresse :                        |  |
| Code postal :                    |  |
| Bureau distributeur :            |  |
| Téléphone :                      |  |
| Fax :                            |  |
| Courriel :                       |  |
| Numéro SIRET :                   |  |
| Numéro au registre du commerce : |  |
| Ou au répertoire des métiers :   |  |
| Code NAF/APE :                   |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>En cas de groupement, cotraitant n°1</b></p> <p>Raison sociale :<br/>Adresse :</p><br><br><br><p>Code postal :<br/>Bureau distributeur :<br/>Téléphone :<br/>Fax :<br/>Courriel :<br/>Numéro SIRET :<br/>N° Registre commerce :<br/>N° Répertoire des Métiers :<br/>Code NAF/APE :</p> | <p><b>Cotraitant n°3</b></p> <p>Raison sociale :<br/>Adresse :</p><br><br><br><p>Code postal :<br/>Bureau distributeur :<br/>Téléphone :<br/>Fax :<br/>Courriel :<br/>Numéro SIRET :<br/>N° Registre commerce :<br/>N° Répertoire des Métiers :<br/>Code NAF/APE :</p> |
| <p><b>Cotraitant n°2</b></p> <p>Raison sociale :<br/>Adresse :</p><br><br><br><p>Code postal :<br/>Bureau distributeur :<br/>Téléphone :<br/>Fax :<br/>Courriel :<br/>Numéro SIRET :<br/>N° Registre commerce :<br/>N° Répertoire des Métiers :<br/>Code NAF/APE :</p>                       | <p><b>Cotraitant n°4</b></p> <p>Raison sociale :<br/>Adresse :</p><br><br><br><p>Code postal :<br/>Bureau distributeur :<br/>Téléphone :<br/>Fax :<br/>Courriel :<br/>Numéro SIRET :<br/>N° Registre commerce :<br/>N° Répertoire des Métiers :<br/>Code NAF/APE :</p> |

**Engagement**, après avoir pris connaissance des documents constitutifs du marché, je m'engage (nous nous engageons) sans réserve, conformément au cahier des charges, à exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après,

Je m'engage (ou j'engage le groupement dont je suis mandataire), sur la base de mon offre qualificative (ou de l'offre du groupement), exprimée **en euro**, réalisée sur la base des conditions économiques du Mois de remise des offres (dit mois 0).

L'offre ainsi présentée me lie pour une durée de **120 jours** à compter de la date limite de remise des offres.

## ARTICLE 2. SOUS-TRAITANT

Les dispositions relatives à la sous-traitance sont régies par les articles L.2193-1 et suivants et R.2193-1 et suivants du Code de la Commande Publique, ainsi que les dispositions de la loi n°75-1334 du 31 décembre 1975 relative à la sous-traitance.

La sous-traitance totale du marché est interdite. Le Titulaire peut sous-traiter, sous sa responsabilité, l'exécution de certaines parties des prestations objet du marché, à condition d'avoir obtenu du Pouvoir adjudicateur l'acceptation de chaque sous-traitant et l'agrément des conditions de paiement de chaque contrat de sous-traitance.

En cas de recours à la sous-traitance, il est rappelé au candidat que son sous-traitant doit produire, obligatoirement, tous les documents requis.

Il doit en outre compléter les éléments ci-après ainsi que pour chaque sous-traitant proposé l'annexe (Imprimé DC 4 version janvier 2024).

Veuillez indiquer suivant le cas (1) :

Pour l'exécution des prestations, dans le cadre du présent marché, je n'envisage pas de recourir à un ou à plusieurs sous-traitants ;

En cas de recours à la sous-traitance, j'indique 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. Je m'engage à ce que le montant des prestations sous-traitées indiqué dans chaque annexe constitue le montant maximal 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.

Le montant total des prestations que j'envisage de sous-traiter conformément à ces annexes est de : .....euros HT soit ..... Euros T.T.C.

En outre, le tableau ci-après (2) indique la nature et le montant que j'envisage, de faire exécuter par des sous-traitants payés directement après avoir demandé préalablement leur acceptation et leur agrément à la personne responsable du marché ; les sommes figurant à ce tableau correspondent au montant maximal de la créance que le(s) sous-traitant(s) pourra (ont) présenter en nantissement.

| Désignation sous-traitant | Nature des prestations sous-traitance | Durée de la sous-traitance | Montant de la prestation en euros HT | Montant de la prestation en euros TTC |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
|                           |                                       |                            |                                      |                                       |
|                           |                                       |                            |                                      |                                       |
|                           |                                       |                            |                                      |                                       |

## ARTICLE 3. Engagement relatif à l'insertion

L'entreprise signataire du présent Acte d'Engagement

1. S'engage à réaliser une **action d'insertion de qualité en veillant à la bonne intégration du ou des salarié(s)** en insertion et en réunissant les conditions pour permettre une montée en compétence des savoirs, savoirs être et savoirs faire

2. S'engage à **prendre contact avec la Mission Insertion par les clauses sociales** de Nantes Métropole et à collaborer **dès la notification du marché** afin d'anticiper et préciser les modalités de mise en œuvre de la clause d'insertion ; et à désigner un interlocuteur privilégié afin de faciliter le suivi de l'action d'insertion
3. S'engage à réserver, dans le cadre de l'exécution du présent marché, des heures de travail, à un public éloigné de l'emploi

- le nombre d'heures d'insertion doit être au moins égal à celui indiqué au CCAP

- la liste des publics éligibles figure au CCAP ;

4. S'engage à fournir toutes informations utiles à l'appréciation de la réalisation de l'action d'insertion

## ARTICLE 4. COORDONNEES DU PRESTATAIRE

Le prestataire indique ci-après les coordonnées de la personne pouvant être contactée pour le suivi de la réponse à la consultation :

- NOM et PRENOM :
- FONCTION :
- ADRESSE :
- @mail : .....
- Téléphone : .....

## ARTICLE 5. PRIX

Zones à compléter par le candidat :

2.1 Prix des prestations prévues au DPGF

| TYPE DE MENU                                                           | Menu entrée + plat + dessert € HT | Menu entrée + plat € HT | Menu plat + dessert € HT |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                                                                        |                                   |                         |                          |
| <b>DECOMPOSITION COUT TOTAL</b>                                        |                                   |                         |                          |
| <i>Coût d'une entrée</i>                                               |                                   |                         |                          |
| <i>Coût du plat</i>                                                    |                                   |                         |                          |
| <i>Coût du dessert</i>                                                 |                                   |                         |                          |
| <i>Autre coût (RH service, RH support, transport, matériel... etc)</i> |                                   |                         |                          |
| <b>COUT TOTAL</b>                                                      |                                   |                         |                          |

|                                                                                                                          | 100 couverts /<br>jour | 101 à 130<br>couverts / jour | 131 à 150<br>couverts / jour | 151 à 180<br>couverts / jour |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ventes HT sur la base de la valeur moyenne des trois formules (Entrée + Plat + Dessert ; Entrée + Plat ; Plat + Dessert) |                        |                              |                              |                              |
| Montant contribution CPAM par mois                                                                                       |                        |                              |                              |                              |
| Remise du Titulaire sur la contribution CPAM (art.8.1 et 8.3 du CCAP)                                                    |                        |                              |                              |                              |

Le candidat formule son offre dans l'unité monétaire euro.

Le montant indiqué ci-dessus comprend tous les frais nécessaires à la bonne exécution de la prestation.

Le Titulaire s'engage à exécuter les prestations demandées au prix forfaitaire indiqué ci-dessus.

## 2.2 Prix des prestations prévues au DQE (prix du BPU)

|                                               | Montant hors TVA |
|-----------------------------------------------|------------------|
| Total estimatif                               |                  |
| Total estimatif après compensation financière |                  |

Important : Toutes les quantités annuelles sont données à titre indicatif et n'ont aucune valeur contractuelle. La projection permet de classer les offres.

## ARTICLE 6. DUREE DE VALIDITE ET DELAI

La durée initiale d'exécution des prestations du marché est de six (06) mois à compter de la prise d'effet du marché. Cette durée correspond à la durée d'exécution de la tranche ferme.

La durée d'exécution de la tranche optionnelle démarre à l'expiration de la durée de la tranche ferme, suite à la décision d'affermissement. A l'issue de la première année d'exécution des prestations de la tranche optionnelle, le marché est prorogé d'un an (1) sauf si l'une des parties dénonce le contrat avec un préavis de trois mois avant la date d'échéance de la première année d'exécution de la tranche optionnelle par lettre recommandée avec accusé de réception. L'exécution de la tranche optionnelle peut être prolongée deux (02) fois sans que sa durée totale ne dépasse trois (03) ans.

## ARTICLE 7. PAIEMENT

Désignation du (des) compte (s) à créditer :

*Zone à compléter par le candidat :*

| Titulaire | Banque | Pays/Clé<br>IBAN | RIB | BIC |
|-----------|--------|------------------|-----|-----|
|           |        |                  |     |     |
|           |        |                  |     |     |
|           |        |                  |     |     |
|           |        |                  |     |     |
|           |        |                  |     |     |

*Zone à compléter par le candidat :*

**Le candidat**

☐ Accepte

☐ Refuse l'avance

A ....., le .....

Signature du (des) prestataire(s) :

## ARTICLE 8. DECISION DU POUVOIR ADJUDICATEUR

La présente offre est acceptée :

A Nantes, le .....  
Le représentant du pouvoir adjudicateur,  
Directeur Général,

Pierre PEIX

## ARTICLE 9. NOTIFICATION

---

### NOTIFICATION DE MARCHÉ

La notification transforme le projet de marché en marché et le candidat en titulaire. Elle consiste en la remise d'une photocopie certifiée conforme du marché au titulaire (dans ce cas le titulaire signera la formule ci-dessous). Cette remise peut être opérée par lettre recommandée avec accusé de réception (dans ce cas, l'avis de réception daté et signé par le titulaire sera collé ci-dessous)

#### Remise contre récépissé

Reçu à titre de notification une copie certifiée  
conforme au présent marché

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du titulaire

#### Remise par lettre AR

Réception par le titulaire de la copie certifiée  
conforme le .....

(Accusé de réception postal ci-dessous)

## ARTICLE 10. NANTISSEMENT DE CREANCE

Le montant maximal de la créance que je pourrai (nous pourrons) présenter en nantissement est de :

..... € TVA incluse

**Copie délivré en unique exemplaire** pour être remise à l'établissement de crédit ou au bénéficiaire de la cession ou du nantissement de droit commun.

A Nantes, le .....  
Le représentant du pouvoir adjudicateur,  
Directeur Général,

Pierre PEIX

### Modifications ultérieures en cas de sous-traitance.

La part des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants est ramenée/portée à :

| Date | Montant HT | Signature |
|------|------------|-----------|
|      | €          |           |
|      | €          |           |
|      | €          |           |