CPAM DE LA LOIRE
3 Parvis Pierre Laroque
42000 - SAINT-ETIENNE

Marché public de services

MARCHE RELATIF A LA COLLECTE ET REMISE DU COURRIER DE LA CPAM DE LA LOIRE

Procédure adaptée

En application de l'article R. 2123-1, 1° du code de la commande publique

---

Acte d'Engagement (A.E.)

SOMMAIRE

Article 1. Identification de l'acheteur 3
Article 2. Contractant 3
Article 3. Étendue du marché public 4
Article 4. Prix 4
Article 5. Durée et/ou Délais d'exécution du marché public 5
Article 6. Paiement 5
Article 7. Avance 5
Article 8. Signature du marché ou de l'accord-cadre 5
Article 9. Acceptation de l'offre par l'acheteur 6
Article 10. Notification du marché au titulaire (date d'effet du marché) 6
Article 11. Nantissement ou cession de créances 7
ANNEXE 1 – DESIGNATION DES MEMBRES DU GROUPEMENT ET REPARTITION DES PRESTATIONS 8

ARTICLE 1. IDENTIFICATION DE L'ACHETEUR

Raison sociale	CPAM DE LA LOIRE
Adresse	3 Parvis Pierre Laroque 42000 - SAINT-ETIENNE
Adresse électronique	cellule.achat.cpam-loire@assurance-maladie.fr
Numéro de téléphone	04 77 42 26 64
Signataire du marché	Virginie MAURICE _____
Contact pour les renseignements concernant le nantissement ou la cession de créances	_____ _____
Comptable assignataire	[Compléter la dénomination du Trésor public]

ARTICLE 2. CONTRACTANT

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché public indiquées à l'article « documents contractuels » du cahier des clauses administratives particulières qui fait référence au CCAG Fournitures Courantes et Services et conformément à leurs clauses et stipulations sans modification aucune ;

☐ Le signataire (Candidat individuel),

M/Mme	
Agissant en qualité de	

☐ m'engage sur la base de mon offre et pour mon propre compte,

Nom commercial et dénomination sociale	
Adresse	
Adresse électronique	
Numéro de téléphone	
Télécopie	
Numéro de SIRET	
Code APE	
Numéro de TVA intracommunautaire	

☐ engage la société ..... sur la base de son offre,

Nom commercial et dénomination sociale	
Adresse	
Adresse électronique	
Numéro de téléphone	
Télécopie	

Numéro de SIRET	
Code APE	
Numéro de TVA intracommunautaire	

☐ Le mandataire (Candidat groupé),

M/Mme	
Agissant en qualité de	

,désigné mandataire :

☐ du groupement solidaire ☐ solidaire du groupement conjoint ☐ non solidaire du groupement conjoint

Nom commercial et dénomination sociale	
Adresse	
Adresse électronique	
Numéro de téléphone	
Télécopie	
Numéro de SIRET	
Code APE	
Numéro de TVA intracommunautaire	

S'engage, au nom des membres du groupement, sur la base de l'offre du groupement à exécuter, sans réserve, les prestations demandées dans les conditions définies ci-après ;

L'offre ainsi présentée n'est valable toutefois que si la décision d'attribution intervient dans un délai de 120 jours à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

ARTICLE 3. ÉTENDUE DU MARCHÉ PUBLIC

MARCHE RELATIF A LA COLLECTE ET REMISE DU COURRIER DE LA CPAM DE LA LOIRE
Cet acte d'engagement correspond :

☐ à l'ensemble du marché public

ARTICLE 4. PRIX

L'ensemble des prestations du marché public concerné par cet acte d'engagement sera rémunéré au prix indiqué ci-dessous :

Montant hors taxe	Euros
TVA (taux de ..... %)	Euros
Montant TTC	Euros
Soit en lettres	Euros

ARTICLE 5. DURÉE ET/OU DÉLAIS D'EXÉCUTION DU MARCHÉ PUBLIC

Durée :
Le marché est conclu pour une durée de 48 mois.

Début du marché le 2 janvier 2027

Délai d'exécution :
Le délai d'exécution est égal à la durée du marché.

Caractéristiques du délai d'exécution du marché :
Par dérogation à l'article 13 du CCAG fournitures courantes et services, la durée du marché ne commence pas à sa notification.

ARTICLE 6. PAIEMENT

La personne publique contractante se libèrera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants[1] :

Ouvert au nom de	
Pour les prestations suivantes	
Domiciliation	
Code banque	
Code guichet	
N° de compte	
Clé RIB	
IBAN	
BIC	

En cas de groupement solidaire, le paiement est effectué sur :

☐ un compte unique ouvert au nom du mandataire;

☐ les comptes de chacun des membres du groupement suivant les répartitions indiquées en annexe du présent document.

ARTICLE 7. AVANCE

Aucune avance n'est prévue.

ARTICLE 8. SIGNATURE DU MARCHÉ OU DE L'ACCORD-CADRE

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature

[1] *Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.*

(*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

ARTICLE 9. ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR L'ACHETEUR

Est acceptée la présente offre pour valoir marché.

Nom, prénom et qualité du signataire	Lieu et date de signature	Signature

Elle est complétée par les annexes suivantes[2] :

☐ Annexe n°… relative à la présentation d'un sous-traitant (ou DC4) ;

☐ Annexe n°… relative à la désignation et répartition des cotraitants en cas de groupement

☐ Annexe n°… relative aux demandes de précisions ou de compléments sur la teneur des offres (ou OUV6) ;

☐ Annexe n°… relative à la mise au point du marché (ou OUV11) ;

☐ Autres annexes (A préciser) :

ARTICLE 10. NOTIFICATION DU MARCHÉ AU TITULAIRE (DATE D'EFFET DU MARCHÉ)

<u>En cas de remise contre récépissé :</u>
Le titulaire signera la formule ci-dessous :
« Reçu à titre de notification une copie du présent marché »

A	
Le	
Signature	

<u>En cas d'envoi via le profil acheteur :</u>
Coller ci-dessous l'avis de réception électronique, valant date de notification du marché.

Collez ICI

[2] *Cocher la case correspondante*

ARTICLE 11. NANTISSEMENT OU CESSION DE CRÉANCES

☐ **Certificat de cessibilité établi**

A	
Le	
Signature	

OU

☐ **Copie délivrée en unique exemplaire** pour être remise à l'établissement de crédit en cas de cession ou de nantissement de créance de :

1 ☐ La totalité du marché dont le montant est de *(indiquer le montant en chiffres et en lettres)* :	
2 ☐ La totalité du bon de commande n°….. afférent au marché *(indiquer le montant en chiffres et lettres)* :	
3 ☐ La partie des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct, est évaluée à *(indiquer en chiffres et en lettres)* :	
4 ☐ La partie des prestations devant être exécutée par ……. et évaluée à *(indiquer le montant en chiffres et en lettres)* :	

A	
Le	
Signature	

ANNEXE 1 – DESIGNATION DES MEMBRES DU GROUPEMENT ET REPARTITION DES PRESTATIONS

DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE	PRESTATIONS CONCERNÉES	MONTANT H.T.	TAUX T.V.A.	MONTANT T.T.C.
Mandataire : OUI / NON Dénomination sociale : SIRET : ……Code APE…… N° TVA intracommunautaire : Adresse :				
Mandataire : OUI / NON Dénomination sociale : SIRET : ……Code APE…… N° TVA intracommunautaire : Adresse :				
Mandataire : OUI / NON Dénomination sociale : SIRET : ……Code APE…… N° TVA intracommunautaire : Adresse :				
Mandataire : OUI / NON Dénomination sociale : SIRET : ……Code APE…… N° TVA intracommunautaire : Adresse :				
Mandataire : OUI / NON Dénomination sociale : SIRET : ……Code APE…… N° TVA intracommunautaire : Adresse :				
	TOTAL :			