l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chac

Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Eure et Loir
11 rue du Dr André Haye – 28000 CHARTRES

Solution de Restauration sur les sites de la CPAM D'Eure et Loir

LOT 1

ACTE D'ENGAGEMENT (AE)

Consultation n°	02-2026

Établi en application du code de la commande publique en vigueur au 1 avril 2019 et de l'arrêté du 19 Juillet 2018 portant règlement sur les marchés des Organismes de Sécurité Sociale.

LA PROCEDURE DE CONSULTATION UTILISEE EST UNE PROCEDURE D'APPEL D'OFFRES OUVERT EN APPLICATION DES ARTICLES L.2124-2 ET R.2124-2, R.2161-1 ET SUIVANTS DU CODE PRÉCITÉ

Le présent Acte d'Engagement comporte 5 feuillets,
Numérotés de 1 à 5.

■ IDENTIFICATION DU CONTRAT

OBJET DU CONTRAT :	Location et mise à disposition de frigo connecté sur le siège social de CHARTRES
ACHETEUR :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Eure et Loir Secteur Assurances et Marchés
PERSONNE HABILITÉE :	Aurélie Le Sueur Madame la Directrice Générale
ADRESSE :	CPAM d'Eure et Loir 11 Rue du Dr André Haye 28000 CHARTRES Téléphone : 02 37 20 46 90 Courriel :gest-biens.cpam-eure-et-loir@assurance-maladie.fr

■ IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR

RAISON SOCIALE :		
SIRET* :		
REPRESENTÉ PAR** :		
ADRESSE :		
TÉLÉPHONE :		
COURRIEL (obligatoire) :		
AGISSANT EN TANT QUE :	*Titulaire (1) - Mandataire du groupement solidaire (2)* *Mandataire du groupement conjoint (3)* *Mandataire solidaire du groupement conjoint (4)****	
SIRET DEPOSANT CHORUS PRO (si différent) :		
ADRESSE SERVICE FACTURATION (si différente) :		

* Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l'UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.
** Prénom, nom et fonction.
*** Après attribution, l'acheteur se réserve la possibilité d'imposer la forme d'un groupement Solidaire.

■ IDENTIFICATION DES COTRAITANTS EN CAS DE GROUPEMENT*

RAISON SOCIALE 1 :		RAISON SOCIALE 3 :	
SIRET** :		SIRET** :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
TELEPHONE :		TELEPHONE :	
COURRIEL :		COURRIEL :	
PAR :		PAR :	
LE :		LE :	
RAISON SOCIALE 2 :		RAISON SOCIALE 4 :	
SIRET** :		SIRET** :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
TELEPHONE :		TELEPHONE :	
COURRIEL :		COURRIEL :	
PAR :		PAR :	
LE :		LE :	

* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin.
** Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l'UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

■ IDENTIFICATION DES SOUS-TRAITANTS*

RAISON SOCIALE 1 :		RAISON SOCIALE 2 :	
SIRET** :		SIRET** :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
TELEPHONE :		TELEPHONE :	
COURRIEL :		COURRIEL :	

* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin.
** Ou n° de TVA intracommunautaire pour les fournisseurs issus de l'UE ou autre identifiant économique équivalent pour les pays hors UE.

■ DONNÉES DU MARCHÉ

Date d'établissement des prix :	Date de signature du contrat par le titulaire

* Indiquer le taux de TVA applicable si différent de celui prévu.

■ DÉCOMPOSITION DU MARCHÉ

Cf. BPU

■ SOUS-TRAITANCE ENVISAGÉE NON DESIGNÉE

NATURE DES PRESTATIONS :			
MONTANT :	%	Dont PME :	%

■ RÉPARTITION DE LA PROPOSITION PAR COTRAITANTS ET SOUS-TRAITANTS*

FOURNISSEUR	NATURE DES PRESTATIONS	PART
		%
		%
		%
		%
		%

* Adapter le tableau en ajoutant des lignes si besoin (nombres de fournisseurs, décomposition du contrat).

■ CONDITIONS DE PAIEMENT

FOURNISSEUR	IBAN	COMPLEMENTS*

* Préciser notamment les particularités sur la TVA applicable au fournisseur, les conditions de paiement des sous-traitants si différentes de celles prévues au contrat.

■ ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Particulières et ses annexes et des documents qui y sont mentionnés :

1- J'atteste que je ne suis pas, non plus que la Société, ni aucune des personnes qui y occupent des positions définies aux 2ème et 3ème alinéa de l'Article 185 de la Loi n° 85-98 du 25 janvier 1985, en état de liquidation judiciaire ou frappé de faillite personnelle ou de l'interdiction prévue à l'Article 192 de la Loi précitée ou procédure équivalente si le soumissionnaire est établi à l'étranger.

2- J'atteste que je ou que la Société a satisfait pour la totalité des impôts et cotisations dus à (aux) (l') adresse (s) de son(ses) établissement(s) à l'ensemble des obligations prévues par l'Article 39 de la Loi du 10 avril 1954 modifié.

3- Je certifie, sous peine de l'application des sanctions que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

4- Je m'engage, conformément aux clauses et conditions des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations demandées dans les conditions indiquées au Cahier des Clauses Particulières et ses annexes.

5- Je demande que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des D'eure et Loir se libère des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du compte ouvert au nom de :

Code banque :	Code guichet :
Sous le numéro ① :	
- à la banque :	

- au Trésor Public :

6- J'affirme, sous peine de résiliation de plein droit du marché ou de sa mise en régie, à mes torts exclusifs (ou aux torts exclusifs de la Société pour laquelle j'interviens), que je ne tombe pas (ou que ladite Société ne tombe pas) □ sous le coup de l'interdiction découlant de l'Article 50 modifié de la Loi n° 52-401 du 14 avril 1952.

7- J'atteste que la Société réalisera le travail avec des salariés employés régulièrement au regard des Articles L.1221-10, L. 3243-2 et R. 3243-1 du Code du travail ou règles d'effet équivalent pour les candidats étrangers.

8- J'atteste que je n'ai pas fait l'objet au cours des 5 dernières années d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour les infractions visées aux L. 8221-1, L. 8221-3, L. 8221-5, L. 8231-1, L. 8241-1 , L. 8251-1 et L. 8251-2 du code du travail.

9- J'affirme avoir pris connaissance que l'unité monétaire choisie par l'Organisme est l'EURO.

10- Mon offre me lie pour la durée de validité des offres indiquée au Règlement de la Consultation.

11- Coordonnées de l'opérateur économique :

Indiquer ci-après les coordonnées de la personne pouvant être contactée si des renseignements complémentaires s'avéraient nécessaires.

- Nom et prénom : .....
- Fonction : .....
- Adresse : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Courriel : .....

PROPOSITION ÉTABLIE LE :	
REPRÉSENTANT LEGAL :	

SIGNATURE:			
Pour le compte du groupement *(joindre les pouvoirs)*		Pour le seul compte du mandataire du groupement	

Ayant pris connaissance des pièces constitutives du contrat, s'engage ou engage le groupement, sans réserve, à exécuter les prestations objet du contrat conformément au cahier des charges.

■ DÉCISION DE L'ACHETEUR - OFFRE RETENUE

SIGNÉ LE :	
PAR :	

Notification :