|  |
| --- |
| entt MFCP+MEIN**Direction des Affaires Juridiques** |

|  |  |
| --- | --- |
| MARCHéS ET ACCORDS-CADRES**ACTE D’ENGAGEMENT[[1]](#footnote-1)**  | ATTRI1 |

|  |
| --- |
| **A - Objet de l’acte d’engagement.** |

**** Objet du marché ou de l’accord-cadre:

La consultation a pour objet la réalisation de prestations de transcription, de compte rendu ou de synthèse des débats, réunions et conseils organisés par l’Agence régionale de santé de Provence Alpes Côte d’Azur; sur des thématiques liées aux politiques de santé publique.

**** Cet acte d'engagement correspond :

*(Cocher les cases correspondantes.)*

[x]  à l’ensemble du marché ou de l’accord-cadre *(en cas de non allotissement)*;

[ ]  au lot n° du marché- l’exécution de prestations de nettoyage;

*(Indiquer l’intitulé du ou des lots tel qu’il figure dans l’avis d'appel à la concurrence ou l’invitation à confirmer l’intérêt.)*

[ ]  correspondant, pour les lots n°……., à l’offre variable *(en cas d’allotissement)* ;

 *(l’acheteur duplique cette mention tant que de besoin.)*

[x]  à l’offre de base.

[ ]  à la variante suivante :

|  |
| --- |
| **B - Engagement du titulaire ou du groupement titulaire.** |

## B1 - Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire :

*(Cocher les cases correspondantes.)*

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché ou de l’accord-cadre suivantes,

[x]  CCAP MAPA/04/2022/ARS13/Prestations de transcription

[x]  RC n° MAPA/04/2022/ARS13/Prestations de transcription

[x]  CCTP n° MAPA/04/2022/ARS13/Prestations de transcription

[x]  Annexes marchés MAPA/04/2022/ARS13/Prestations de transcription (BPU et DQE)

[x]  Autres : CCAG/FCS : document non fourni

et conformément à leurs clauses,

[ ]  Le signataire

[ ]  s’engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]*

[ ]  engage la société ……………………sur la base de son offre ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du candidat, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]*

[ ]  L’ensemble des membres du groupement s’engagent, sur la base de l’offre du groupement ;

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l’établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]*

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

[ ]  aux prix indiqués ci-dessous ;

[ ]  Taux de la TVA :

[ ]  Montant hors taxes[[2]](#footnote-2) :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à : ……………………………………………………………………………….

Montant hors taxes arrêté en lettres à : ………………………………………………………...................................

[ ]  Montant TTC[[3]](#footnote-3)4 :

Montant TTC arrêté en chiffres à : ………………………………………………………….......................................

Montant TTC arrêté en lettres à : ………………………………………………………………………………………..

OU

[x]  aux prix indiqués dans l’annexe financière jointe au présent document.

**B2 – Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations :**

*(en cas de groupement d’opérateurs économiques.)*

Pour l’exécution du marché ou de l’accord-cadre, le groupement d’opérateurs économiques est :

*(Cocher la case correspondante.)*

[ ] conjoint OU [ ]  solidaire

*(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d’entre eux s’engage à réaliser.)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Désignation des membres** **du groupement conjoint** | **Prestations exécutées par les membres****du groupement conjoint** |
| **Nature de la prestation** | **Montant HT** **de la prestation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B3 - Compte (s) à créditer :**

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

**B4 - Avance***(article 110 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016)* **:**

Je renonce au bénéfice de l'avance : [ ]  NON [ ]  OUI

*(Cocher la case correspondante.)*

#### B5 - Durée d’exécution du marché ou de l’accord-cadre :

La durée d’exécution du marché ou de l’accord cadre est de 48 mois à compter de :

*(Cocher la case correspondante.)*

 [x]  la date de notification du marché ou de l’accord-cadre ;

 [ ]  la date de notification de l’ordre de service ;

 [x]  la date de début d’exécution prévue par le marché ou l’accord-cadre lorsqu’elle est postérieure à la date de notification.

Le marché ou l’accord cadre est reconductible : [ ]  NON [x]  OUI

*(Cocher la case correspondante.)*

Si oui, préciser :

* Nombre des reconductions : 3
* Durée des reconductions : 12

Le marché prendra effet à compter du 1er janvier 2023. Il sera conclu pour une durée initiale douze (12) mois et reconductible tacitement trois (3) fois à la date anniversaire de sa notification, sans que sa durée totale n’excède quarante-huit (48) mois.

|  |
| --- |
| **C - Signature du marché ou de l’accord-cadre par le titulaire individuel ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement.** |

**C1 – Signature du marché ou de l’accord-cadre par le titulaire individuel :**

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

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

**C2 – Signature du marché ou de l’accord-cadre en cas de groupement :**

Les membres du groupement d’opérateurs économiques désignent le mandataire suivant *(article 45 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016)*:

*[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du mandataire]*

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

*(Cocher la case correspondante.)*

[ ] conjoint OU [ ]  solidaire

[ ]  Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d’engagement :

*(Cocher la ou les cases correspondantes.)*

 [ ]  pour signer le présent acte d’engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

 *(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

[ ]  pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ou de l’accord-cadre ;

 *(joindre les pouvoirs en annexe du présent document.)*

 [ ]  ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.

[ ]  Les membres du groupement, qui signent le présent acte d’engagement :

*(Cocher la case correspondante.)*

[ ]  donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour les représenter vis-à-vis de l’acheteur et pour coordonner l’ensemble des prestations ;

[ ]  donnent mandat au mandataire, qui l’accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché ou de l’accord-cadre ;

 [ ]  donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :

 *(Donner des précisions sur l’étendue du mandat.)*

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

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

|  |
| --- |
| D - Identification et signature de l’acheteur. |

#  Désignation de l’acheteur :

# *(Reprendre le contenu de la mention figurant dans l’avis d’appel public à la concurrence ou l’invitation à confirmer l’intérêt.)*

1. Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d’Azur.

**** Nom, prénom, qualité du signataire du marché ou de l’accord-cadre :

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

Monsieur Denis ROBIN, Directeur général de l’Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d’Azur ou son délégataire.

**** Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l’article 130 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 (nantissements ou cessions de créances)*:*

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

Monsieur l’agent comptable

Agence Régionale de Santé de la région Provence-Alpes-Côte d’Azur

132 boulevard de Paris

CS 50039

13331 Marseille cedex 03

Mail : ars-paca-agent-comptable@ars.sante.fr

Téléphone : 04 13 55 84 47

**** Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :

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

Monsieur l’agent comptable

Agence Régionale de Santé de la région Provence-Alpes-Côte d’Azur

132 boulevard de Paris

CS 50039

13331 Marseille cedex 03

**** Imputation budgétaire :

BP4-STRUCT/rubrique PRESTA-AUTRE-DIVERS /compte 62888

**Pour l’Etat et ses établissements :**

*(Visa ou avis de l’autorité chargée du contrôle financier.)*

 A : , le

Signature

*(représentant de l’acheteur habilité à signer le marché ou l’accord-*

*cadre)*

1. Formulaire non obligatoire disponible, avec sa notice explicative, sur le site du ministère chargé de l’économie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Le montant de l’offre établie à partir de prix unitaires est calculé par référence à la quantité estimée dans l’avis d’appel public à la concurrence. [↑](#footnote-ref-2)
3. 4 Ne pas remplir lorsque les règles de TVA intracommunautaire prévoient le paiement de la TVA par l’acheteur. Dans ce cas, celui-ci doit indiquer son numéro d’identification au titulaire avant la date de facturation. [↑](#footnote-ref-3)