



ACTE D'ENGAGEMENT

Fourniture d'électricité pour l'EHPAD "La Roseraie" de SAINS DU NORD

MAPA

Mois M0 : 03/2025

A – IDENTIFICATION DU CONTRACTANT

Si le candidat se présente seul :

Si la prestation est exécutée par le siège social (ne pas renseigner si exécutée par établissement) :

Nom commercial et dénomination sociale :

Adresse du siège social :

Téléphone :

Adresse mail de la personne en charge de la procédure :

N° SIRET :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code APE :

Si la prestation est exécutée par un établissement :

Adresse de l'établissement :	
Téléphone :	
Adresse mail de la personne en charge de la procédure :	
N° SIRET :	<input type="text"/>
Code APE :	<input type="text"/>
Nom, prénom et qualité du signataire	<input type="text"/>

Si le candidat se présente en groupement momentané d'entreprises :

MANDATAIRE

Si la prestation est exécutée par le siège social (ne pas renseigner si exécutée par établissement) :	
Nom commercial et dénomination sociale :	
Adresse du siège social :	
Téléphone :	
Adresse mail de la personne en charge de la procédure :	
N° SIRET :	<input type="text"/>
Code APE :	<input type="text"/>
Si la prestation est exécutée par un établissement :	
Adresse de l'établissement :	
Téléphone :	
Adresse mail de la personne en charge de la procédure :	
N° SIRET :	<input type="text"/>
Code APE :	<input type="text"/>
Nom, prénom et qualité du signataire	<input type="text"/>

CO-TRAITANT 1 (tableau à dupliquer autant de fois que de co-traitants)

Si la prestation est exécutée par le siège social (ne pas renseigner si exécutée par établissement) :	
Nom commercial et dénomination sociale :	
Adresse du siège social :	
Téléphone :	
Adresse mail de la personne en charge de la procédure :	
N° SIRET :	<input type="text"/>
Code APE :	<input type="text"/>
Si la prestation est exécutée par un établissement :	

Adresse de l'établissement :																					
Téléphone :																					
Adresse mail de la personne en charge de la procédure :																					
N° SIRET :	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Code APE :																					
Nom, prénom et qualité du signataire																					

FORME DU GROUPEMENT (cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/>	SOLIDAIRE	<i>Chacun des membres du groupement est engagé financièrement pour la totalité du marché public. Le mandataire du groupement représente chacun des membres du groupement vis-à-vis du pouvoir adjudicateur pour l'exécution du marché public.</i>
<input type="checkbox"/>	CONJOINT	<i>Chacun des membres du groupement s'engage à exécuter la ou les prestations qui sont susceptibles lui de lui être attribuées dans le marché public. Le mandataire du groupement est solidaire de chacun des membres du groupement pour ses obligations contractuelles à l'égard du pouvoir adjudicateur pour l'exécution du marché public.</i>

HABILITATION DU MANDATAIRE A SIGNER AU NOM DES CO-TRAITANTS (cocher la case correspondante)

(les membres du groupement ont donné mandat au mandataire qui signe le présent acte d'engagement et les modifications ultérieures en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l'acheteur et pour coordonner l'ensemble des prestations)

<input type="checkbox"/>	HABILITE	<i>Le mandataire devra fournir l'habilitation des co-traitants (ou mandat), au plus tard après l'attribution du marché pour signature de l'acte d'engagement et pour les modifications ultérieures</i>
<input type="checkbox"/>	N'HABILITE PAS	<i>Chaque membre du groupement doit signer l'acte d'engagement, au plus tard après l'attribution du marché</i>

B – OBJET DE LA PROCEDURE ADAPTÉE

I – Objet de la procédure adaptée

La présente procédure adaptée porte sur la fourniture d'électricité pour le bâtiment EHPAD "La Roseraie" de SAINS DU NORD.

II – Durée du marché

Durée du marché : Le marché est passé pour une durée du 01/03/2025 au 31/12/2025.

III – Montant du marché

HPH	HCH	HPE	HCE	PTE

Si groupement, prévoir la répartition entre co traitants :

Désignation des membres du groupement	Nature des prestations	% de répartition

IV – Sous-traitance *cocher la case correspondante – uniquement pour la livraison*

je n'envisage pas de sous-traiter une partie des prestations prévues au marché public

je envisage de sous-traiter une partie des prestations prévues au marché public

L'acte spécial de sous-traitance (DC 4) constitue une demande d'acceptation d'un (des) sous-traitant(s) concerné(s) et d'agrément de ses (leurs) conditions de paiement.

Elle doit être établie en autant d'exemplaires qu'il existe de sous-traitants.

Elle indique la **nature et le montant des prestations** que j'envisage de faire exécuter par un (des) sous-traitant(s), leur(s) nom(s) **ainsi que leurs conditions de paiement**.

Le montant total que j'envisage de sous-traiter, tel qu'il résulte de la somme du montant des actes spéciaux à l'acte d'engagement, s'élève à (*à compléter en pourcentages*) :

Si la sous-traitance est également envisagée au cours de l'exécution des prestations :

Le montant total que j'envisage de sous-traiter, y compris le montant total visé ci-dessus, s'élève à la somme de *(à compléter en pourcentages)* :

C – PAIEMENT

I – COMPTE A CREDITER

D – ENGAGEMENT DU CONTRACTANT

Je m'engage sans réserve à exécuter les prestations dans les conditions définies dans les documents contractuels, dont j'ai pris connaissance.

La signature de l'acte d'engagement emporte l'acceptation de l'ensemble des documents contractuels visés dans le règlement de consultation et le cahier des charges.

SIGNATURE

Fait en un seul original,

A ..., le ...

(Nom, prénom, fonctions)

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

Le Directeur,

SAINS DU NORD, le _____