|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\hperrin\Desktop\Logos\logo-CHLA-QUADRI- transparent.png | **ACTE D’ENGAGEMENT**  **Valant**  **Cahier des Clauses Particulières** | | | | | |
| 1. **INFORMATIONS ESSENTIELLES DU CONTRAT** | | | | | | |
| Objet du Marché | **FOURNITURE DE VINS** | | | | | |
| Pouvoir Adjudicateur | Centre Hospitalier Layon Aubance | | | | | |
| Référent Administratif | Amandine Gaignard – 02 41 83 55 52  [economat@ch-layon-aubance.fr](mailto:economat@ch-layon-aubance.fr) | | | | N/A | |
| Référent Technique | Nadine Balavoine – 02 41 21 37 42  [nadine.balavoine@ch-layon-aubance.fr](mailto:nadine.balavoine@ch-layon-aubance.fr) | | | | N/A | |
| Forme du Marché | Marché à bons de commande | | | | Article 5 | |
| Allotissement | NON | | | | Article 4 | |
| Durée initiale du marché | 2 ans | | | | Article 3 | |
| Reconduction | Oui (tacite) | | | | Article 3 | |
| 1. **IDENTIFICATION ET ENGAGEMENT DU CANDIDAT** | | | | | | |
| Nom de l’Entreprise |  | | | | | |
| Adresse siège social |  | | | | | |
| Représenté par |  | | | | | |
| Courriel / Tél / Fax |  | | | | | |
| Numéro de SIRET |  | | | | | |
| Engagement du candidat | Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché énumérées à l’article … du présent Acte d’Engagement valant C.C.P., et conformément à leurs clauses et stipulations  Le Candidat s’engage, sur la base de son offre,  à livrer les fournitures ou à exécuter les prestations demandées aux prix indiqués dans l’annexe financière jointe au présent document. | | | | | |
| Avance | Le candidat renonce au bénéfice de l’avance : □ NON ⮽ OUI | | | | | |
| Compte à créditer  Joindre le RIB | Code banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB | | Domiciliation |
|  |  |  |  | |  |
| Signature du Candidat | Fait à  Le | | | | | |
| 1. **IDENTIFICATION ET ENGAGEMENT DE L’ACHETEUR** | | | | | | |
| Désignation | **CENTRE HOSPITALIER LAYON AUBANCE** | | | | | |
| Représentant de l’acheteur | Sophie GUINOISEAU, Directrice Générale | | | | | |
| Désignation du comptable assignataire des paiements | **Trésorerie Principale Centre Hospitalier Universitaire d’Angers**  4, rue Larrey 49933 ANGERS CEDEX 9 | | | | | |
| Mois de remise des offres (M0) |  | | | | | |
| Décision de l’acheteur | La présente offre est acceptée :  - Aux prix indiqués dans les annexes financières jointes au présent document ;  - Pour le ou les lots indiqués dans la lettre de notification du marché ;  - Et conformément aux précisions et compléments éventuels figurant dans la lettre de notification du marché. | | | | | |
| Signature du Pouvoir Adjudicateur | Fait à Terranjou  Le | | | | | |