

ACADÉMIE  
NATIONALE  
DE MÉDECINE



## **Acte d'engagement (A.E)**

(juin 2026)

## **Appel d'offres ouvert**

**Marché de services**

**Gestion des immeubles  
de l'Académie nationale de médecine**

### **MAPA-ANM 2026.2**

Passé en application  
des articles L 2123-1 et R 2123-1 à R 2123-7  
du Code de la commande publique  
du 1<sup>er</sup> avril 2019

### Pouvoir adjudicateur

Académie Nationale de Médecine  
16, rue Bonaparte – 75272 PARIS CEDEX 06

### Objet du marché

Le présent marché a pour objet de confier à un gestionnaire d'immeubles la gestion de quatre immeubles correspondant à des legs dont l'ACADEMIE NATIONALE DE MÉDECINE est bénéficiaire.

Les immeubles sont situés :

23 rue de Jussieu, dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement,  
8, rue Maria Deraismes, dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement.  
8, rue Stanislas, dans le 6<sup>ème</sup> arrondissement,  
50, rue de Maubeuge, dans le 9<sup>ème</sup> arrondissement,

### Mode de passation du marché

Le présent marché est un marché de services conclu selon la procédure des marchés à procédure adaptée conformément aux dispositions du Code de la Commande publique entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2019.

### Représentant du pouvoir adjudicateur

Monsieur le Secrétaire Perpétuel de l'Académie Nationale de Médecine.

### Comptable assignataire des paiements

Monsieur l'agent comptable de l'Académie nationale de médecine.



**Article 1 : Contractant**

(Je soussigné) (Nous soussignés)

Nom, prénom, qualité et adresse professionnelle du signataire :

M.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- agissant pour mon propre compte
- agissant pour le compte de la société :

.....  
.....  
.....

- agissant en tant que mandataire du groupement solidaire
- agissant en tant que mandataire solidaire du groupement conjoint
- agissant en tant que mandataire non solidaire du groupement conjoint

Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Particulières (C.C.P) et du Règlement de la consultation (R.C) ayant pour objet de confier à un gestionnaire d’immeubles la gestion de quatre immeubles correspondant à des legs dont l’ACADEMIE NATIONALE DE MÉDECINE est bénéficiaire. Les immeubles sont situés :

- 23 rue de Jussieu, dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement,
- 8, rue Maria Deraismes, dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement.
- 8, rue Stanislas, dans le 6<sup>ème</sup> arrondissement,
- 50, rue de Maubeuge, dans le 9<sup>ème</sup> arrondissement,

Après avoir produit toutes les attestations prévues à l’avis de marché,

(M’engage) (Engage le groupement dont je suis mandataire), sans réserve, conformément aux conditions des documents susvisés à exécuter la prestation de service sus-mentionnée.

L’offre ainsi présentée ne (me) (nous) lie toutefois que si son acceptation (m’) (nous) est notifiée dans un délai de 120 jours à compter de la date limite de réception des offres (le 14 septembre 2026), fixée par le règlement de la consultation.

## Article 2 : Prix

Le prix est ferme pour la durée du marché. Il n'est révisable que par consentement des deux parties.

Le mois d'établissement du prix est le mois de : septembre 2026.

Les prestations concernées par cet Acte d'Engagement seront rémunérées par application des montants suivants :

- montant H.T.V.A : .....
- montant T.V.A (taux de ...%) : .....
- montant T.T.C : .....

(MONTANT EN LETTRES)

.....

## Article 3 : Durée du marché – Délais d'exécution

Délai d'exécution : UN an avec reconduction expresse jusqu'à une durée de TROIS ans.

A l'expiration de la première année, les parties pourront résilier le marché sans indemnité, avec un préavis de trois mois lorsque la résiliation est à l'initiative du titulaire du marché et sans préavis lorsque la résiliation est à l'initiative de l'Académie nationale de médecine.

## Article 4 : Paiements

Le pouvoir adjudicateur se libérera des sommes dues au titre du présent marché en faisant porter le montant au crédit du compte suivant :

Bénéficiaire (24 caractères) :.....

Etablissement tenant le compte du bénéficiaire (24 caractères) :.....

Code établissement (5 caractères) :.....

Code guichet (5 caractères) :.....

Numéro de compte (11 caractères) :.....

Clé RIB (2 caractères) :.....

(J'affirme), (Nous affirmons) sous peine de résiliation du marché à (mes) (nos) torts exclusifs que (la) (les) société(s) pour (laquelle) (lesquelles) (j'interviens) (nous intervenons) ne tombe(nt) pas sous le coup des interdictions de soumissionner découlant de l'application du Code de la commande publique du 1<sup>er</sup> avril 2019

ACADÉMIE  
NATIONALE  
DE MÉDECINE



ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Fait en un seul original

A

Le

**Cachet et signature du candidat**

Porter la mention manuscrite

Lu et approuvé

ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE POUVOIR ADJUDICATEUR

Est acceptée la présente offre pour valoir acte d'engagement, pour des honoraires trimestriels TTC d'un montant de :

A

Le

**Signature du représentant du pouvoir adjudicateur**

Le Secrétaire perpétuel

Professeur Christian BOITARD

## NOTE EXPLICATIVE POUR REMPLIR L'ACTE D'ENGAGEMENT

### ARTICLE 1 - CONTRACTANT

Pour remplir cet article, utiliser :

- La formule A ci-après, si le contractant est *une entreprise individuelle*
- La formule B ci-après, si le contractant est *une société*
- La formule C ci-après, si le contractant est *un groupement d'entrepreneurs solidaires (ou conjoints)*.

Dans ce cas, chaque entrepreneur du groupement doit compléter la formule C en utilisant :

- \* soit le texte de la formule A, s'il s'agit d'une entreprise individuelle
- \* soit le texte de la formule B, s'il s'agit d'une société

#### Formule A

M.....(Nom et prénom)

Agissant en mon nom personnel.....

Domicilié à .....

Adresse complète et n° de téléphone.....

Immatriculé(e) à l'I.N.S.E.E :

- numéro d'identité d'établissement (SIRET).....

- numéro d'inscription au registre du commerce et des sociétés ou répertoire des métiers

.....

#### Formule B

M.....(Nom et prénom)

Agissant au nom et pour le compte de la société.....

Domicilié à .....

Intitulé complet et forme juridique de la société.....

Ayant son siège social à .....

Adresse complète et n° de téléphone.....



Immatriculé(e) à l'I.N.S.E.E :

- numéro d'identité d'entreprise (SIRET).....
- code d'activité économique principale (APE).....
- numéro d'inscription au registre du commerce et des sociétés ou répertoire des métiers  
.....

**Formule C**

M.....  
.....  
.....

M.....  
.....  
.....

M.....  
.....  
.....

Les entreprises ci-dessus étant groupées solidaires (ou conjointes) et l'entreprise  
.....étant leur mandataire.