



Union européenne

Publication du Supplément au Journal officiel de l'Union européenne

2, rue Mercier, 2985 Luxembourg, Luxembourg

Fax: +352 29 29 42 670

E-mail: ojs@publications.europa.eu

Informations et formulaires en ligne: <http://simap.europa.eu>

## Avis d'attribution de marché

Directive 2004/18/CE

### Section I: Pouvoir adjudicateur

#### I.1) Nom, adresses et point(s) de contact

Nom officiel: <b>VILLE DE BUXEROLLES</b>	Code d'identification national: (s'il est connu)	
Adresse postale: <b>12 rue de l'Hotel de Ville</b>		
Ville: <b>BUXEROLLES</b>	Code postal: <b>86180</b>	Pays: <b>FRANCE</b>
Point(s) de contact: À l'attention de: <b>DELPLANQUE CARINE</b>	Téléphone: <b>05.49.38.57.46</b>	
E-mail: <b>C.delplanque@buxerolles.fr</b>	Fax: <b>05.49.46.28.39</b>	
Adresse(s) internet: (le cas échéant)		
Adresse générale du pouvoir adjudicateur: (URL)		
Adresse du profil d'acheteur: (URL) <b>Attp://www.marches-seewis.fr</b>		
Accès électronique à l'information: (URL)		
Soumission des offres et des demandes de participation par voie électronique: (URL)		

#### I.2) Type de pouvoir adjudicateur

<input type="radio"/> Ministère ou toute autre autorité nationale ou fédérale, y compris leurs subdivisions régionales ou locales	<input type="radio"/> Organisme de droit public
<input type="radio"/> Agence/office national(e) ou fédéral(e)	<input type="radio"/> Institution/agence européenne ou organisation internationale
<input checked="" type="radio"/> Autorité régionale ou locale	<input type="radio"/> Autre: (veuillez préciser)
<input type="radio"/> Agence/office régional(e) ou local(e)	

#### I.3) Activité principale

<input type="checkbox"/> Services généraux des administrations publiques	<input type="checkbox"/> Logement et équipements collectifs
<input type="checkbox"/> Défense	<input type="checkbox"/> Protection sociale
<input type="checkbox"/> Ordre et sécurité publics	<input type="checkbox"/> Loisirs, culture et religion
<input type="checkbox"/> Environnement	<input type="checkbox"/> Éducation
<input type="checkbox"/> Affaires économiques et financières	<input type="checkbox"/> Autre: (veuillez préciser)
<input type="checkbox"/> Santé	

#### I.4) Attribution de marché pour le compte d'autres pouvoirs adjudicateurs

Le pouvoir adjudicateur agit pour le compte d'autres pouvoirs adjudicateurs: <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (si oui, des informations supplémentaires sur ces pouvoirs adjudicateurs peuvent être fournies à l'annexe A)
---

## Section II: Objet du marché

### II.1) Description

**II.1.1) Intitulé attribué au marché**  
*Souscription des contrats d'assurance de la Commune de Buxerolles et du CCAS de Buxerolles*

**II.1.2) Type de marché et lieu d'exécution, de livraison ou de prestation**  
*(Ne choisir qu'une seule catégorie - travaux, fournitures ou services - correspondant le plus à l'objet spécifique de votre marché ou de vos achats)*

<input type="radio"/> Travaux	<input type="radio"/> Fournitures	<input checked="" type="radio"/> Services
<input type="checkbox"/> Exécution <input type="checkbox"/> Conception et exécution <input type="checkbox"/> Exécution, par quelque moyen que ce soit, de travaux répondant aux exigences spécifiées par le pouvoir adjudicateur	<input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Crédit-bail <input type="checkbox"/> Location <input type="checkbox"/> Location-vente <input type="checkbox"/> Plusieurs de ces formes	Catégorie de services n°: <i>6101</i> <i>Voir l'annexe C1 pour les catégories de services</i>  Si le marché relève des catégories de services 17 à 27 (voir annexe C1), approuvez-vous la publication du présent avis? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Lieu principal d'exécution des travaux, de livraison des fournitures ou de prestation des services:

Code NUTS [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Code NUTS [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Code NUTS [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Code NUTS [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**II.1.3) Information sur l'accord-cadre ou le système d'acquisition dynamique**  
 L'avis concerne la mise en place d'un accord-cadre  
 L'avis concerne un/des marché(s) basé(s) sur un système d'acquisition dynamique (SAD)

**II.1.4) Description succincte du marché ou de l'acquisition/des acquisitions:**  
*Souscription des contrats d'assurance de la Commune de Buxerolles et du CCAS de Buxerolles*

**II.1.5) Classification CPV (vocabulaire commun pour les marchés publics)**

	Descripteur principal	Descripteur supplémentaire (le cas échéant)
Objet principal	<i>61010101-1</i>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Objet(s) supplémentaire(s)	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**II.1.6) Information concernant l'accord sur les marchés publics (AMP)**  
 Marché couvert par l'accord sur les marchés publics (AMP):  oui  non

### II.2) Valeur totale finale du ou des marché(s)

**II.2.1) Valeur totale finale du ou des marché(s)** (N'indiquer que la valeur totale finale en chiffres, tous les marchés, lots, reconductions et options compris. Pour fournir des informations sur chacun des marchés, compléter la section V. Attribution du marché)

Valeur: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] <i>579 329</i> [ ][ ][ ] Monnaie: [ ][ ][ ] ou Offre la moins chère [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et la plus chère [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Monnaie: [ ][ ][ ] prises en considération	Hors TVA	TVA comprise	Taux de TVA (%)
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ][ ][ ][ ]
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ][ ][ ][ ]





## Section V: Attribution du marché

Marché n°: 2011 Lot n°: 2 Intitulé: assurance des responsabilités et des risques amerc

<b>V.1) Date d'attribution du marché:</b> <u>01/10/2011</u> (jj/mm/aaaa)			
<b>V.2) Informations sur les offres</b> Nombre d'offres reçues: [ ] [ ] [ ] Nombre d'offres reçues par voie électronique: [ ] [ ] [ ]			
<b>V.3) Nom et adresse de l'opérateur économique auquel le marché a été attribué</b>			
Nom officiel: <u>SMACL</u>			
Adresse postale: <u>141 Av Salvador Allende</u>			
Ville: <u>Niort</u>	Code postal: <u>79031</u>	Pays:	
E-mail: <u>region-sud-ouest@smacl.fr</u>		Téléphone: <u>0549325656</u>	
Adresse internet: (URL)		Fax: <u>0549323350</u>	
<b>V.4) Informations sur le montant du marché (en chiffres uniquement)</b>			
	Hors TVA	TVA comprise	Taux de TVA (%)
Estimation initiale du montant du marché (le cas échéant) Valeur: [ ] Monnaie: [ ] [ ] [ ]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
Valeur totale finale du marché Valeur: [ ] Monnaie: [ ] [ ] [ ]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
ou Offre la moins chère [ ] la plus chère [ ] Monnaie: [ ] [ ] [ ] prises en considération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
En cas de montant annuel ou mensuel: (veuillez indiquer) le nombre d'années: [ ] [ ] ou le nombre de mois: [ ] [ ]			
<b>V.5) Information sur la sous-traitance</b>			
Le marché est susceptible d'être sous-traité <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
(si oui, en chiffres uniquement) Indiquer en valeur ou en pourcentage la part du marché susceptible d'être sous-traitée: Valeur hors TVA: [ ] Inconnue: <input type="checkbox"/> Monnaie: [ ] [ ] [ ] Proportion [ ] [ ] [ ] (%)			
Description succincte de la valeur/proportion du marché à sous-traiter: (si elle est connue)			

(Utiliser la présente section autant de fois que nécessaire)



## Section V: Attribution du marché

Marché n°: D10111 Lot n°: [ ] [ ] [ ] Intitulé: assurance de la protection juridique de la collectivité

<b>V.1) Date d'attribution du marché:</b> [0][1] / [0][1] / [2][0][1][2] (jj/mm/aaaa)			
<b>V.2) Informations sur les offres</b> Nombre d'offres reçues: [ ] [ ] [ ] Nombre d'offres reçues par voie électronique: [ ] [ ] [ ]			
<b>V.3) Nom et adresse de l'opérateur économique auquel le marché a été attribué</b>			
Nom officiel: <u>SMACL</u>			
Adresse postale: <u>141 Av. Salvador Allende</u>			
Ville: <u>Niart</u>	Code postal: <u>79031</u>	Pays:	
E-mail: <u>region-sud-ouest@smaccl.fr</u>		Téléphone: <u>05 49 32 56 56</u>	
Adresse internet: (URL)		Fax: <u>05 49 32 33 50</u>	
<b>V.4) Informations sur le montant du marché (en chiffres uniquement)</b>			
	Hors TVA	TVA comprise	Taux de TVA (%)
Estimation initiale du montant du marché (le cas échéant) Valeur: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Monnaie: [ ] [ ] [ ]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
Valeur totale finale du marché Valeur: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <u>7 561 000</u> Monnaie: [ ] [ ] [ ]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
ou Offre la moins chère [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] et la plus chère [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Monnaie: [ ] [ ] [ ] prises en considération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
En cas de montant annuel ou mensuel: (veuillez indiquer) le nombre d'années: [ ] [ ] ou le nombre de mois: [ ] [ ]			
<b>V.5) Information sur la sous-traitance</b>			
Le marché est susceptible d'être sous-traité <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
(si oui, en chiffres uniquement) Indiquer en valeur ou en pourcentage la part du marché susceptible d'être sous-traitée: Valeur hors TVA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Inconnue: <input type="checkbox"/> Monnaie: [ ] [ ] [ ] Proportion [ ] [ ] [ ] (%)			
Description succincte de la valeur/proportion du marché à sous-traiter: (si elle est connue)			

(Utiliser la présente section autant de fois que nécessaire)



## Section V: Attribution du marché

Marché n°: 210111 Lot n°: 0111 Intitulé: assurance des prestations statutaires

<b>V.1) Date d'attribution du marché:</b> [01] / [01] / [210111] (jj/mm/aaaa)			
<b>V.2) Informations sur les offres</b> Nombre d'offres reçues: [ ] [ ] [ ] Nombre d'offres reçues par voie électronique: [ ] [ ] [ ]			
<b>V.3) Nom et adresse de l'opérateur économique auquel le marché a été attribué</b>			
Nom officiel: <u>ASSURANCES VIGREUX</u>			
Adresse postale: <u>Centre d'Ingénierie Technoparc Futura</u>			
Ville: <u>Béthune</u>	Code postal: <u>62400</u>	Pays:	
E-mail:	Téléphone: <u>0321021819</u>		
Adresse internet: (URL)	Fax: <u>0321026088</u>		
<b>V.4) Informations sur le montant du marché (en chiffres uniquement)</b>			
	Hors TVA	TVA comprise	Taux de TVA (%)
Estimation initiale du montant du marché (le cas échéant) Valeur: [ ] Monnaie: [ ] [ ] [ ]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
Valeur totale finale du marché Valeur: [ ] <u>459210</u> Monnaie: [ ] [ ] [ ]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
ou Offre la moins chère [ ] et la plus chère [ ] Monnaie: [ ] [ ] [ ] prises en considération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	à [ ] [ ] [ ] [ ]
En cas de montant annuel ou mensuel: (veuillez indiquer) le nombre d'années: [ ] [ ] ou le nombre de mois: [ ] [ ]			
<b>V.5) Information sur la sous-traitance</b> Le marché est susceptible d'être sous-traité <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non  (si oui, en chiffres uniquement) Indiquer en valeur ou en pourcentage la part du marché susceptible d'être sous-traitée: Valeur hors TVA: [ ] Inconnue: <input type="checkbox"/> Monnaie: [ ] [ ] [ ] Proportion [ ] [ ] [ ] (%)			
Description succincte de la valeur/proportion du marché à sous-traiter: (si elle est connue)			

(Utiliser la présente section autant de fois que nécessaire)

## Section VI: Renseignements complémentaires

### VI.1) Information sur les fonds de l'Union européenne

Le marché s'inscrit dans un projet/programme financé par des fonds de l'Union européenne  oui  non  
 (si oui) Référence(s) du/des projet(s) et/ou programme(s):

### VI.2) Informations complémentaires: (le cas échéant)

Date d'envoi du présent avis au JOUE et au BOAMP: 25/01/2012  
 Références de l'avis initial paru au BOAMP  
 Parution n°: 144 B, annonce n°462 du 27 juillet 2011.

### VI.3) Procédures de recours

#### VI.3.1) Instance chargée des procédures de recours

Nom officiel: Tribunal administratif de Poitiers

Adresse postale: Hôtel Gilbert 15 me Blossac BP 541

Ville: Poitiers

Code postal: 86 020

Pays:

E-mail: greffe.ta-poitiers@juradm.fr

Téléphone: 05 49 60 79 19

Adresse internet: (URL) <http://www.ta-poitiers.juradm.fr>

Fax: 05 49 60 68 09

#### Organe chargé des procédures de médiation (le cas échéant)

Nom officiel:

Adresse postale:

Ville:

Code postal:

Pays:

E-mail:

Téléphone:

Adresse internet: (URL)

Fax:

#### VI.3.2) Introduction des recours (veuillez remplir la rubrique VI.3.2 ou, à défaut, la rubrique VI.3.3)

Précisions concernant les délais d'introduction des recours:

#### VI.3.3) Service auprès duquel des renseignements peuvent être obtenus sur l'introduction des recours

Nom officiel:

Adresse postale:

Ville:

Code postal:

Pays:

E-mail:

Téléphone:

Adresse internet: (URL)

Fax:

#### VI.4) Date d'envoi du présent avis: [25 / 01 / 2012] (jj/mm/aaaa)

## Annexe A

### Adresses supplémentaires et points de contact

#### I) Adresses de l'autre pouvoir adjudicateur pour le compte duquel le pouvoir adjudicateur agit

Nom officiel:		Code d'identification national: <i>(s'il est connu)</i>	
Adresse postale:			
Ville:		Code postal:	Pays:

*(Utiliser la présente section autant de fois que nécessaire)*