

**Soumissionnaire non inscrit sur la ou  
les listes permanente(s) concernée(s)**

Le soumissionnaire répond de la véracité et de l'exactitude de ses réponses ainsi que des attestations qu'il a l'**obligation de remettre en annexe**.

Il respecte et s'engage à respecter les <b>conditions de travail et de salaires</b> prescrites cas échéant par :		
A) la <b>convention collective de travail</b> (CCT) ou par le <b>contrat-type de travail</b> (CTT) de la profession concernée.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Préciser la CCT ou le CTT : <input type="text"/>		
B) le <b>droit public fédéral et cantonal</b> (loi sur le travail, etc.).	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Le soumissionnaire respecte les <b>charges et prestations sociales</b> découlant de la <b>convention collective de travail</b> (CCT) ou, à défaut, du <b>contrat-type de travail</b> (CTT) applicable à la profession concernée ou, à défaut, du droit public fédéral et cantonal (assurances sociales, etc.) et les conditions usuelles de la profession.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Préciser la CCT ou le CTT : <input type="text"/>		

Il s'engage, le cas échéant, à ne mandater que des **sous-traitants** qui respectent en tous points les exigences posées ci-avant et ci-après. ☐ OUI ☐ NON

Il dépose les attestations des institutions concernées certifiant qu'il a décompté et payé intégralement, à la date de remise de son offre et jusqu'à la dernière date d'échéance, toutes les **cotisations sociales** mentionnées ci-après et que celles-ci ne font l'objet d'aucun paiement différé ni d'aucun arrangement de paiement (attestations valables depuis moins de 3 mois) :

<input type="checkbox"/> AVS/AI/APG – AC	Numéro de la pièce jointe :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assurance accident	Numéro de la pièce jointe :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	Numéro de la pièce jointe :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prévoyance professionnelle	Numéro de la pièce jointe :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assurance maladie perte de gain	Numéro de la pièce jointe :	<input type="text"/>

A compléter par le soumissionnaire :

Raison sociale du bureau ou de l'entreprise :

Lieu :

Date :

Signature \* : .....

\* *Ne sont valables que les signatures des personnes qui possèdent le pouvoir de signature pour engager l'entreprise ou le bureau.*