



**SBE FRANCE**

Z.I. de la liane Sud – BP 439  
62206 Boulogne sur mer Cedex  
Tél : +33 (0)3 21 10 08 00  
<https://sbemedicalservices.com/>

**CONTRAT DE REALISATION DE LA MAINTENANCE ET DU CONTRÔLE DE QUALITÉ**

**POUR**

**DÉFIBRILLATEUR AUTOMATISÉ EXTERNE (DAE)**

Conclu entre les soussignés :

CONTRAT N° : SBE-MED

D'une part : Le fournisseur de tierce maintenance ([Article R5212-25](#)) du code de la santé publique), ci-dessous désigné

SBE France  
ZI de la Liane Sud  
62360 Saint-Léonard

Représentée par : M. Stéphane LAMBERT, Directeur Général :

D'autre part : L'Exploitant du DAE (selon l' [Article R5211-5](#) du code de la santé publique) ci-dessous désigné :

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

Représentée par : .....

**A) PRESTATIONS REALISEES :**

Réaliser pour le compte de l'exploitant la maintenance et le contrôle de qualité du dispositif suivant les préconisations du fabricant décrites dans la notice d'utilisation, afin de s'assurer que le DAE est opérationnel

Appareillage (s) concerné (s) : *Défibrillateur automatique / Défibrillateur semi-automatique*

Nombre d'Appareils concernés par ce Contrat : **1 appareil**

Détails des équipements : Annexe 1

Prix unitaire annuel du contrat : 150,00 € HT / an /Appareil

Prix total annuel pour le parc : **150,00.** € HT/an

Travail réalisé sur chaque équipement :

Points de contrôles et Rapport d'intervention : Annexe 2

**B) FREQUENCE :**

Intervention annuelle sur site à date anniversaire de la mise en service de l'équipement. Une prise de rendez-vous préalable sera organisée par SBE avec le client

**C) DUREE DU CONTRAT :**

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an et entrera en vigueur à partir de la date d'acceptation des deux parties. En l'absence de l'indication de la date d'effet portée en fin du présent contrat, la date d'effet sera celle de la signature du contrat.

Il donnera lieu à une facturation annuelle à date anniversaire de la mise en service de l'équipement et consécutivement à la réalisation de la prestation par SBE. Le contrat sera renouvelable par tacite reconduction, sauf si l'une des parties adresse par écrit, au moins un mois avant l'expiration de la période annuelle, une notification de non renouvellement à l'autre partie.

**D) PROPOSITION CHIFFREE :**

Montant forfaitaire annuel incluant les prestations de main d'œuvre, déplacement et émission d'un rapport, dans la limite du chapitre ci-dessous « LIMITES DU PRESENT CONTRAT ».

**E) TARIF du CONTRAT :**

Forfait unitaire annuel par appareil pour 1 visite sur site: 150,00 € HT

**F) VARIATION DE PRIX**

La proposition de prix ci-dessus est valable pour l'année durant laquelle courra le présent contrat. Elle pourra faire l'objet d'une actualisation en cas de renouvellement, selon les barèmes officiels d'évolution des prix dans la profession.

**G) LIMITES DU PRESENT CONTRAT**

La prestation proposée présente un caractère de prévention qui ne peut cependant pas prémunir contre certaines pannes à caractère imprévisible. Ce type de panne devra faire l'objet d'une demande de dépannage au coup par coup, intervention exclue du présent contrat. Le forfait révision proposé est basé sur un temps moyen d'intervention qui ne peut inclure un dépannage important des appareils. Dans le cas notamment où l'appareil devra être emporté en atelier pour réparation, un devis de dépannage hors contrat sera soumis au service concerné.

**H) CLAUSES RESOLUTOIRES**

Le présent contrat peut être résilié sans préavis en cas de cessation d'activité ou de mise sous administration judiciaire de l'une ou l'autre des parties.

**I) MODIFICATIONS OU AMENDEMENTS**

Le présent contrat ne pourra être modifié ou amendé que par un accord écrit et signé par les deux parties.

**j) LOI APPLICABLE – TRIBUNAL COMPETENT :**

Le présent contrat sera régi par la loi française et interprété conformément à cette loi. Tout différend relatif à l'exécution ou à l'interprétation abusive du présent contrat, relèvera de la compétence du Tribunal de Commerce ou Administratif de SBE France 62200 Boulogne sur mer.

**EN FOI DE QUOI LES PARTIES PRESENTES ONT SIGNE LE CONTRAT**

SBE France

Fait à Saint-Léonard  
Le : vendredi 20 janvier 2023  
Par : Mr LAMBERT Stéphane  
(Lu et approuvé)

\_\_\_\_\_  
Fait à :  
Le :  
Par :  
(Lu et approuvé)

**CACHET DE L'ETABLISSEMENT**

## ANNEXES :

ANNEXE 1 : Détails des équipements

ANNEXE 2 : Points de contrôles et Rapport d'intervention

## A) CONTACTS

Contact SBE Pilotage interventions et prises de rendez-vous :

- Ligne directe : 33 (0)3 21 10 08 00 du Lundi au vendredi de 9H00 à 16H45 : [maintenance-dae@sbemedicalservice.com](mailto:maintenance-dae@sbemedicalservice.com)

Commandes de consommables et accessoires auprès de Securimed

- *Ligne directe : +33 (0)3 66 88 02 86 ou +33 (0)3 28 64 75 45*
- *Mail : serv.client@securimed.fr*

## B) MAINTENANCE PREVENTIVE ANNUELLE :

La visite de maintenance préventive annuelle est conforme à la réglementation sur les dispositifs médicaux de classe 3. Elle sera effectuée 12 mois après la livraison des appareils et/ou à la date anniversaire de la mise en service de l'équipement. Suite à la visite, sera envoyé un rapport de conformité.

La prestation de maintenance préventive comprend le déplacement du technicien, le temps d'intervention sur l'appareil ainsi que l'émission du rapport.

Le remplacement de pièces et notamment celui des électrodes ou de la pile n'est pas compris et devra faire l'objet d'une commande séparée. Le remplacement de ces pièces devra être effectué avant l'intervention du technicien afin de réaliser les différents tests. A défaut de batterie fonctionnelle et d'électrodes en cours de validité, le technicien ne pourra intervenir.

L'attention est attirée sur le fait qu'un second passage pour défaut de consommables sera facturé 150,00 € HT.





### Rapport de conformité défibrillateur

Numéro de contrat: \_\_\_\_\_

Date d'intervention: \_\_\_\_\_

Nom du client: \_\_\_\_\_

Adresse d'installation: \_\_\_\_\_

Précision lieu d'implantation du DAE: \_\_\_\_\_

Nom du contact sur place: \_\_\_\_\_

Fonction: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse mail: \_\_\_\_\_

Technicien intervenant: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Identification de l'appareil: \_\_\_\_\_

Marque: \_\_\_\_\_

Modèle / Type: \_\_\_\_\_

Numéro de série du défibrillateur: \_\_\_\_\_

Numéro de lot: \_\_\_\_\_

Date de fabrication du DAE: \_\_\_\_\_

Date de mise en service: \_\_\_\_\_

Présence d'un registre de contrôle et de maintenance des défibrillateurs:      OUI      NON

| Installation de l'appareil:   |          |              |
|---|----------|--------------|
| Présence de signalétique permettant de trouver rapidement le DAE        | OUI      | NON          |
| L'appareil est-il accessible en moins de 3 minutes partout sur le site  | Conforme | Non conforme |
| L'appareil est-il stocké à l'intérieur                                  | OUI      | NON          |
| Présence d'un support mural / coffret                                   | OUI      | NON          |
| Type de support: support mural    Armoire métal    Armoire Aivia        |          |              |
| N° de série (pour Aivia):   |          |              |
| Équipé d'une alarme d'ouverture de porte                                | OUI      | NON          |
| Alarme fonctionnelle  | Conforme | Non conforme |
| En cas de stockage extérieur: équipé d'une armoire chauffante Aivia 200 | OUI      | NON          |
| En cas de stockage extérieur: l'appareil est-il sous abri (préau)       | OUI      | NON          |
| Etat du support mural/ coffret  | Conforme | Non conforme |
| Commentaires:   |          |              |

| <b>Contrôle de l'appareil</b>   |          |              |
|---|----------|--------------|
| Contrôle visuel du DAE: défaut constaté?                                    | Conforme | Non conforme |
| Contrôle voyant d'autotest  | Conforme | Non conforme |
| Contrôle annonces vocales   | Conforme | Non conforme |
| Contrôle fonctionnement bouton (si DSA)                                     | Conforme | Non conforme |
| Séquence d'autotest concluant   | Conforme | Non conforme |
| L'indicateur de fonctionnement du DAE est visible de l'extérieur du boîtier | Conforme | Non conforme |
| Présence d'un scellé de sécurité  | OUI      | NON          |
| Présence d'une housse de transport  | OUI      | NON          |
| Commentaires:   |          |              |

*Rayer la mention inutile*

| <b>Batterie</b>                                  |          |              |
|--|----------|--------------|
| Numéro de série de la batterie:                  |          |              |
| Numéro de lot de la batterie:                    |          |              |
| Date de péremption de la batterie:               |          |              |
| Date limite de mise en service:                  |          |              |
| Date de mise en service:                         |          |              |
| Date de fabrication :                            |          |              |
| Etat de la batterie                              | Conforme | Non conforme |
| Capacité restante de la batterie (si applicable) |          |              |
| Présence d'une batterie de rechange:             | OUI      | NON          |
| Commentaires:                                    |          |              |

| <b>Electrodes adultes</b>                            |          |              |
|--|----------|--------------|
| Présence d'électrodes adultes                        | OUI      | NON          |
| Le sachet des électrodes est-il intact?              | Conforme | Non conforme |
| Numéro de lot des électrodes adultes:                |          |              |
| Date de péremption des électrodes adultes:           |          |              |
| Présence d'électrodes de réserve                     | OUI      | NON          |
| <b>Electrodes pédiatriques</b>                       |          |              |
| Présence d'électrodes pédiatriques:                  | OUI      | NON          |
| Le sachet des électrodes pédiatriques est-il intact? | Conforme | Non conforme |
| Numéro de lot des électrodes pédiatriques:           |          |              |
| Date de péremption des électrodes pédiatriques:      |          |              |
| Commentaires:  |          |              |

| <b>Kit de 1ers secours:</b>                           |          |              |
|---|----------|--------------|
| Présence d'un kit de 1ers secours visible             | Conforme | Non conforme |
| Paire de ciseaux                                      | OUI      | NON          |
| Rasoir  | OUI      | NON          |
| Masque de réanimation anti-régurgitation              | OUI      | NON          |
| Paire de gants  | OUI      | NON          |
| 5 lingettes désinfectantes                            | OUI      | NON          |
| 2 serviettes absorbantes pour milieu humide (piscine) | OUI      | NON          |

*Rayer la mention inutile*

| Photo prise: (nommer la photo avec le numéro de dossier) | Conforme | Non conforme |
|--|----------|--------------|
|  |          |              |

Observation technicien:

Nom, prénom et signature technicien:

| Résultat de l'intervention         | Conforme | Non conforme |
|------------------------------------|----------|--------------|
| Observation sur la non conformité: |          |              |

Ce rapport de conformité ne dégage pas l'utilisateur de ses obligations quant aux vérifications de son appareil avant intervention.  
L'utilisateur doit s'assurer du maintien en l'état de son appareil selon les instructions émises par le fabricant.

Nom, signature et tampon client:

Observations éventuelles: