**AFFAIRE 24A0316**

**Annexe 4 au CCTP «FICHE LOGISTIQUE LAMALOU»**

FOURNITURE DE PRODUITS EN TEXTURES MODIFIEES POUR LES ETABLISSEMENTS DU GHT EST HERAULT ET SUD AVEYRON

**Renseignements administratifs**

* Interlocuteur (pour l’exécution du marché) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Le/La référent (e) administratif** | **Le/La référent(e) Restauration** |
| Nom : | TORAL MILLAN ANAIS OU JAUMOT LAURENCE | MICHELS ROMIN |
| Fonctions : | ACHATS | CHEF DE CUISINE |
| Adresse : | 5 AV GEORGES CLEMENCEAU | idem |
| Tél : | 04 67 23 56 24 OU 56 25 | 04 67 23 56 15 |
| Fax : |  |  |
| Email : | economat@hopital-lamalou.fr | romin.michels@hopital-lamalou.fr |

* Facturation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de facturation : | 5 AV GEORGES CLEMENCEAU | |
| N° Siret : | 26340072300015 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | CODE SERVICE | N° d'engagement juridique |
| ECONOMAT |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | MICHELS ROMIN 04 67 23 56 15 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | TORAL OU JAUMOT 04 67 23 56 25/56 24 | |

**Contraintes logistiques**

* Modalités de commande :

X **Téléphone** X **Télécopie** X **Internet - courriel**

Autre :

* Fréquences de livraison et nombre de points de livraison :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **Fréquence de livraison :**  *(ex : tous les jours, x fois par semaine/quinzaine/mois)* | **Si jour(s) à respecter impérativement, préciser :** |
| CH LAMALOU | 3FOIS PAR SEMAINE | **LUNDI – MERCREDI ET VENDREDI** |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES DE VEHICULE** |
| CH LAMALOU | 5 AV GEORGES CLEMENCEAU | DE 8H A 16H | NON |  | OUI |  |