



**CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC**

Avenue Winston Churchill

B.P 80109

17503 JONZAC CEDEX

**PROTOCOLE DE SECURITE  
CONCERNANT LES OPERATIONS DE CHARGEMENT ET DE DECHARGEMENT**

**en application des articles R. 4511-1 à 4511-4 du Code du travail**

**CONCERNANT LE QUAI CENTRAL PHARMACIE DU CENTRE HOSPITALIER**

*Les zones de couleur grise sont à compléter par le fournisseur*

**Libellé du marché :**

Le présent protocole est passé entre :

↳ Le centre hospitalier de Jonzac représenté par le Directeur Adjoint responsable des Achats et de la Logistique

↳ et l'Entreprise :

représentée par :

Zone fournisseur

afin de préciser les conditions de réalisation des opérations suivantes :

Chargement <input type="checkbox"/>	Déchargement <input type="checkbox"/>	Opération ponctuelle <input type="checkbox"/>	Opération répétitive <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

Zone acheteur

Les informations et indications contenues dans le présent document servent à l'évaluation des risques de toutes natures générés par l'opération désignée ci-dessus ; elles doivent être obligatoirement observées.

**Le fournisseur doit communiquer au(x) transporteur(s) le présent protocole** qui devra être joint aux documents de bord du véhicule effectuant une opération de chargement ou de déchargement sur le site du centre hospitalier.

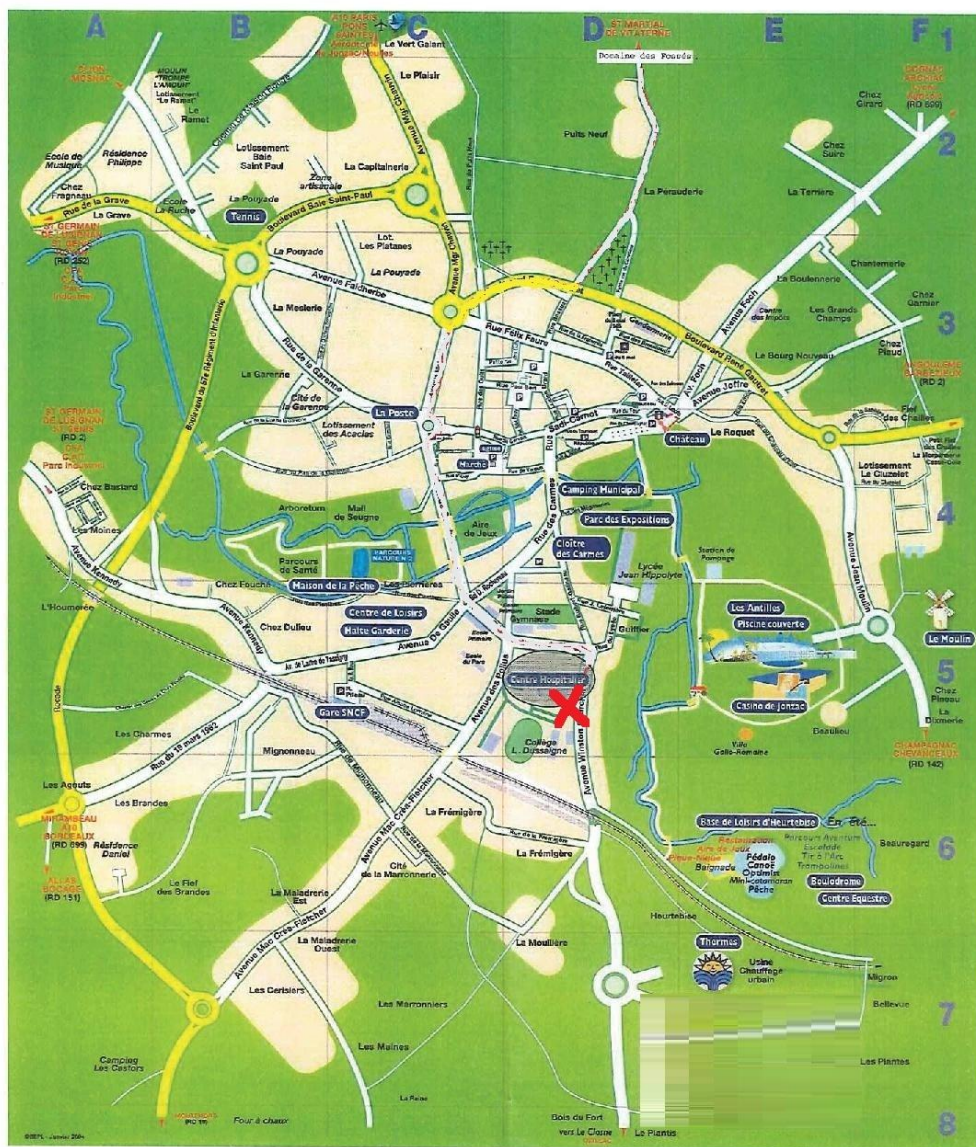
**1 ORGANISME D'ACCUEIL :**

CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC

**2 LIEU DE LIVRAISON**

**2.1. Adresse :** Quai central – Avenue Winston Churchill 17500 JONZAC

## 2.2. Plan d'accès





Entrée des Urgences ( Interphone à la barrière)



### 2.3. Zone de livraison

Quai de livraison :



#### **2.4. Hauteur de quai**

30 cm

#### **2.5. Hauteur sous la casquette**

3,80 m

#### **2.6. Jours et heures de livraison**

Les livraisons peuvent intervenir du lundi au vendredi de 9 heures à 16 heures

### **3 RESPONSABLE DE L'OPERATION DE CHARGEMENT OU DE DECHARGEMENT POUR LE COMPTE DU CENTRE HOSPITALIER:**

Responsable magasin

Tel : 05.46.48.75.13

### **4 RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DU CHARGEMENT**

*Nom et description du ou des produits (Joindre liste si nécessaire) :*

Numéro ONU du produit (arrêté du 1er juin 2001 relatif au transport des marchandises dangereuses par route) :

Code de désignation du type d'emballage utilisé pour le conditionnement du produit :

Zone fournisseur

## 5 CONSIGNES DE SECURITE A L'ATTENTION DU FOURNISSEUR ET DU TRANSPORTEUR

### 5.1. Circulation

- Les véhicules pénétrant dans l'établissement doivent respecter :
  - Le code de la route.
  - Les panneaux de signalisation et les limites de vitesse propres à l'Hôpital, 30km/h.
  - La priorité absolue laissée aux véhicules sanitaires et de secours ainsi qu'aux piétons.

### 5.2. Personnel et Matériel

- La société doit fournir les moyens et engins nécessaires pour le chargement ou le déchargement et compatibles avec le présent protocole.
- Aucun agent sur site ne sera mis à sa disposition pour la réalisation des opérations de chargement ou de déchargement.
- La réception des produits livrés ou leur enlèvement se fait sur les quais.
- Le chargement ou le déchargement latéral est prohibé sauf avis contraire.
- Les manœuvres, et notamment, les marche arrière doivent être réalisées avec la plus grande prudence.
- La présence d'un agent du centre hospitalier (Magasinier en général) est indispensable pour débiter toute manœuvre de chargement ou déchargement.

### 5.3. En cas d'accident

Appel d'urgence : le 15 (SAMU-CENTRE 15) depuis tous les postes de l'Hôpital par le 9 (Standard)

## 6 RENSEIGNEMENTS TRANSPORTEUR

A remplir par le candidat retenu, 15 jours avant le début de toute opération de chargement ou de déchargement, et à transmettre à la personne en charge du marché. Ces documents seront archivés avec le présent marché.

Nom du ou des transporteurs :

Nom de la personne en charge du transport :



E-mail :



Caractéristiques du ou des véhicules les plus pénalisants de votre flotte (voir 3.1) :

Type de véhicule	Longueur en mètres	Largeur en mètres	Largeur en mètres	Poids en charge en tonnes

--	--	--	--	--

Zone fournisseur

Date :

Signature Titulaire

Signature Centre hospitalier