

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - EPINAL

18/02/2025

1. BÂTIMENT

Nom du bâtiment : **CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE**

Nom 2 du bâtiment : **EPINAL**

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **31 avenue Thiers**

Complément d'adresse : **Maison de la Santé Saint Jean**

Code postal : **88000**

Préfixe boîte postale :

Boîte postale :

Commune : **EPINAL**

Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGÉE DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGÉE DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du :

01/09/2025 Au :

31/08/2026

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**

L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**

Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **11727**

La masse salariale annoncée est au : **Bâtiment**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Oui**
du prestataire

Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à disposition du prestataire : **Non**

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le bâtiment : **1**

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Oui**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les horaires d'occupation des locaux par les usagers : **Oui**

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage horaire : **Oui**

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs jours fériés : **Non**

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

2. BESOIN**2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES**Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **144,99 m²**Nombre de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **1**Niveau de qualité des prestations : **Supérieur**Période de fermeture sur la première année : **à préciser**Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
socialeSouhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestationsDes points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment**2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX****2.3. ENTRETIEN DES VITRES**

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	1	20	
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	1	20	
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES

Type	Famille de locaux	Typologie de locaux	Quantité	Unité d'oeuvre	Fréquence annuelle
Shampoing moquette/tapis par injection/extraction	Circulations et assimilés		118	M2	12

2.5. CONSOMMABLES SANITAIRESSouhaitez-vous la fourniture des consommables : **Oui**
sanitaires

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	3
Essuie-mains papier	0	7
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	7

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - EPINAL

18/02/2025

Hygiène féminine	0	0
Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes : **1**

Femmes : **3**

Total : **4**

Itinérants

Hommes : **1600**

Femmes : **1500**

Total : **3100**

Visiteurs

Moyenne/an : **3000**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

inconnu : **PLAN EPINAL.pdf**

annexe7 : **MASSE SALARIALE EPINAL.xlsx**

Précisions complémentaires : **La prestation ponctuelle mensuelle "shampooing moquette/tapis par injection/extraction" doit être réalisée avec précaution, à savoir : mettre en place l'aspiration en même temps que l'injection/extraction afin de ne pas imbiber d'eau la moquette car il y a un parquet bois en support sous la moquette. Dès la prise en charge du site, le titulaire du marché devra déterminer un jour fixe mensuel d'intervention (le dernier vendredi de chaque mois serait idéal).**

1. BÂTIMENT

Nom du bâtiment : **LABORATOIRES LICE ET CIMPE NORD EST**

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **2 RUE DU DOYEN JACQUES PARISOT**
Complément d'adresse :
Code postal : **54500**
Préfixe boîte postale :
Boîte postale :
Commune : **VANDOEUVRE LES NANCY**
Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**
Nom : **TINET**
Prénom : **Frédérique**
Fonction : **Chargée de Gestion Administrative**
Téléphone : **0383448741**
Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**
Nom : **TINET**
Prénom : **Frédérique**
Fonction : **Chargée de Gestion Administrative**
Téléphone : **0383448741**
Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du :
01/09/2025 Au :
31/08/2026

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**
L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**
Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **41058**
La masse salariale annoncée est au : **Site**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Oui**
du prestataire
Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à : **Non**
disposition du prestataire

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le : **1**
bâtiment

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Non**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les : **Oui**
heures d'occupation des locaux par les usagers

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage : **Oui**
horaire

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs : **Non**
jours fériés

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

LABORATOIRES LICE ET CIMPE NORD EST

18/02/2025

UC CMP CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE

2. BESOIN

2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **789 m²**

Nombre de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **2**

Niveau de qualité des prestations : **Standard**

Période de fermeture sur la première année : **à préciser**

Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
sociale

Souhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?

Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**

Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestations

Des points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment

2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX

Famille de locaux	Superficie totale(en m ²)	Superficie repartie(en m ²)				
		Moquette Tapis	Thermoplastique et assimilé	Carrelages / Marbres et assimilé	Parques/Bois et assimilé	Ciment et bitume
Accueil & zones attenantes et assimilés	0	0	0	0	0	0
Hall d'accueil	0					
Hall d'entrée	0					
Salle d'attente	0					
Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	266	0	0	266	0	0
Espaces sanitaires	266			266		
Vestiaires	0					
Douches	0					
Espaces repas et détente et assimilés	79	0	79	0	0	0
Salles de restauration	79		79			
Chambres	0					
Bureaux et assimilés	204	0	204	0	0	0
Bureaux	204		204			
Salles de réunion	0					
Circulations et assimilés	132	0	132	0	0	0
Couloirs	132		132			
Escaliers	0					
Locaux stockage / techniques et assimilés	108	0	108	0	0	0
Entrepôts	0					
Locaux techniques	108		108			

LABORATOIRES LICE ET CIMPE NORD EST

18/02/2025

UC CMP CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE

Archives non-vivantes	0					
Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés	0	0	0	0	0	0
Parkings	0					
Sous-sols	0					
Cours	0					
Locaux sportifs et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salle de sport	0					
Gymnase	0					
Salles polyvalentes	0					
Salles publiques et assimilés	0	0	0	0	0	0
Galleries de musées	0					
Bibliothèques	0					
Salles de cinéma	0					
Locaux scolaires et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salles de classe	0					
Salles de formation	0					
Salles de réception	0					
Total locaux	789	0	523	266	0	0

Cloisons et portes vitrées (en m²) : **80**

2.3. ENTRETIEN DES VITRES

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	12	80	
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)			
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES

2.5. CONSOMMABLES SANITAIRES

Souhaitez-vous la fourniture des consommables : **Oui**
sanitaires

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		

LABORATOIRES LICE ET CIMPE NORD EST

18/02/2025

UC CMP CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE

	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	2
Essuie-mains papier	0	3
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	3
Hygiène féminine	0	0
Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes : **8**
Femmes : **5**
Total : **13**

Itinérants

Hommes : **0**
Femmes : **0**
Total : **0**

Visiteurs

Moyenne/an : **0**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

annexe7 : **MASSE SALARIALE VANDOEUVRE.xlsx**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - LONGWY

18/02/2025

1. BÂTIMENT

Nom du bâtiment : **CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE**

Nom 2 du bâtiment : **LONGWY**

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **40 rue du 8 Mai 1945**

Complément d'adresse :

Code postal : **54400**

Préfixe boîte postale :

Boîte postale :

Commune : **LONGWY**

Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGEES DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGEES DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du :

01/09/2025 Au :

31/08/2026

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**

L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**

Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **5066**

La masse salariale annoncée est au : **Bâtiment**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Oui**
du prestataire

Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à disposition du prestataire : **Non**

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le bâtiment : **2**

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Oui**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les horaires d'occupation des locaux par les usagers : **Oui**

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage horaire : **Oui**

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs jours fériés : **Non**

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - LONGWY

18/02/2025

2. BESOIN

2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **400 m²**

Nombre de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **2**

Niveau de qualité des prestations : **Standard**

Période de fermeture sur la première année : **à préciser**

Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
sociale

Souhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?

Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**

Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestations

Des points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment

2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX

Famille de locaux	Superficie totale(en m ²)	Superficie répartie(en m ²)				
		Moquette Tapis	Thermoplastique et assimilé	Carrelages / Marbres et assimilé	Parques/Bois et assimilé	Ciment et bitume
Accueil & zones attenantes et assimilés	58	0	58	0	0	0
Hall d'accueil	58		58			
Hall d'entrée	0					
Salle d'attente	0					
Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	169	0	169	0	0	0
Espaces sanitaires	169		169			
Vestiaires	0					
Douches	0					
Espaces repas et détente et assimilés	30	0	30	0	0	0
Salles de restauration	30		30			
Chambres	0					
Bureaux et assimilés	60	0	60	0	0	0
Bureaux	60		60			
Salles de réunion	0					
Circulations et assimilés	75	0	75	0	0	0
Couloirs	75		75			
Escaliers	0					
Locaux stockage / techniques et assimilés	8	0	8	0	0	0
Entrepôts	8		8			
Locaux techniques	0					

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - LONGWY

18/02/2025

Archives non-vivantes	0					
Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés	0	0	0	0	0	0
Parkings	0					
Sous-sols	0					
Cours	0					
Locaux sportifs et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salle de sport	0					
Gymnase	0					
Salles polyvalentes	0					
Salles publiques et assimilés	0	0	0	0	0	0
Galleries de musées	0					
Bibliothèques	0					
Salles de cinéma	0					
Locaux scolaires et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salles de classe	0					
Salles de formation	0					
Salles de réception	0					
Total locaux	400	0	400	0	0	0

Cloisons et portes vitrées (en m²) : 0

2.3. ENTRETIEN DES VITRES

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	3	50	
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	3	50	
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES

2.5. CONSOMMABLES SANITAIRES

Souhaitez-vous la fourniture des consommables sanitaires : **Oui**

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - LONGWY

18/02/2025

	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	5
Essuie-mains papier	0	13
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	13
Hygiène féminine	0	0
Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes : **3**
Femmes : **7**
Total : **10**

Itinérants

Hommes : **1000**
Femmes : **1000**
Total : **2000**

Visiteurs

Moyenne/an : **0**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

plan : **PLAN LONGWY.pdf**

annexe7 : **MASSE SALARIALE LONGWY.xls**

Précisions complémentaires : **Nous souhaitons que les sanitaires et les cabinets médicaux et infirmiers soient nettoyés en QUALITE SUPERIEURE, à savoir, 158 m2.**

1. BÂTIMENT

Nom du bâtiment : RESIDENCE - CRCDC

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **2 rue du Doyen Jacques Parisot**
Complément d'adresse :
Code postal : **54500**
Préfixe boîte postale :
Boîte postale :
Commune : **VANDOEUVRE LES NANCY**
Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**
Nom : **TINET**
Prénom : **Frédérique**
Fonction : **CHARGÉE DE GESTION ADMINISTRATIVE**
Téléphone : **0383448741**
Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**
Nom : **TINET**
Prénom : **Frédérique**
Fonction : **CHARGÉE DE GESTION ADMINISTRATIVE**
Téléphone : **0383448741**
Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du : **01/09/2025**

Au : **31/08/2026**

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**
L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**
Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **41058**
La masse salariale annoncée est au : **Site**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Non**
du prestataire

Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à disposition du prestataire : **Non**

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le bâtiment : **2**

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Non**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les horaires d'occupation des locaux par les usagers : **Oui**

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage horaire : **Oui**

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs jours fériés : **Non**

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE – RESIDENCE - CRCDC

18/02/2025

2. BESOIN

2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **736 m²**

Nombre de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **2**

Niveau de qualité des prestations : **Standard**

Période de fermeture sur la première année : **à préciser**

Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
sociale

Souhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?

Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**

Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestations

Des points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment

2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX

Famille de locaux	Superficie totale(en m ²)	Superficie repartie(en m ²)				
		Moquette Tapis	Thermoplastique et assimilé	Carrelages / Marbres et assimilé	Parques/Bois et assimilé	Ciment et bitume
Accueil & zones attenantes et assimilés	61	0	61	0	0	0
Hall d'accueil	61		61			
Hall d'entrée	0					
Salle d'attente	0					
Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	60	0	24	36	0	0
Espaces sanitaires	60		24	36		
Vestiaires	0					
Douches	0					
Espaces repas et détente et assimilés	22	0	22	0	0	0
Salles de restauration	22		22			
Chambres	0					
Bureaux et assimilés	360	0	360	0	0	0
Bureaux	360		360			
Salles de réunion	0					
Circulations et assimilés	217	0	217	0	0	0
Couloirs	217		217			
Escaliers	0					
Locaux stockage / techniques et assimilés	16	0	16	0	0	0
Entrepôts	16		16			
Locaux techniques	0					

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE – RESIDENCE - CRCDC

18/02/2025

Archives non-vivantes	0					
Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés	0	0	0	0	0	0
Parkings	0					
Sous-sols	0					
Cours	0					
Locaux sportifs et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salle de sport	0					
Gymnase	0					
Salles polyvalentes	0					
Salles publiques et assimilés	0	0	0	0	0	0
Galeries de musées	0					
Bibliothèques	0					
Salles de cinéma	0					
Locaux scolaires et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salles de classe	0					
Salles de formation	0					
Salles de réception	0					
Total locaux	736	0	700	36	0	0

Cloisons et portes vitrées (en m²) : 0

2.3. ENTRETIEN DES VITRES

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)			
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)			
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)	6	6	perche
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)	6	6	perche

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES

Type	Famille de locaux	Typologie de locaux	Quantité	Unité d'oeuvre	Fréquence annuelle
Ramassage papier feuilles a l'exterieur du bâtiment (abords)	Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés		1	Heure	12
Vidage poubelle/cendriers ext.	Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés		1	Heure	12
Balayage humide et lavage sols durs	Circulations et assimilés		79	M2	24

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE – RESIDENCE - CRCDC

18/02/2025

Type	Famille de locaux	Typologie de locaux	Quantité	Unité d'oeuvre	Fréquence annuelle
Balayage humide et lavage sols durs	Locaux stockage / techniques et assimilés		45	M2	12
Spray méthode : lustrage	Bureaux et assimilés		118	M2	4

2.5. CONSOMMABLES SANITAIRES

Souhaitez-vous la fourniture des consommables : **Oui** sanitaires

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	8
Essuie-mains papier	0	6
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	6
Hygiène féminine	0	0
Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes : **8**
Femmes : **12**
Total : **20**

Itinérants

Hommes : **0**
Femmes : **0**
Total : **0**

Visiteurs

Moyenne/an : **850**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

annexe7 : **MASSE SALARIALE VANDOEUVRE.xlsx**
plan : **PLAN RESIDENCE CRCDC.pdf**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE SAINT DIE

18/02/2025

1. BÂTIMENT

Nom du bâtiment : **MEDECINE PREVENTIVE SAINT DIE**

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **14 rue Jean Jaurès**
Complément d'adresse : **Maison de quartier Kafé**
Code postal : **88100**
Préfixe boîte postale :
Boîte postale :
Commune : **SAINT DIE DES VOSGES**
Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**
Nom : **TINET**
Prénom : **Frédérique**
Fonction : **CHARGEES DE GESTION ADMINISTRATIVE**
Téléphone : **0383448741**
Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**
Nom : **TINET**
Prénom : **Frédérique**
Fonction : **CHARGEES DE GESTION ADMINISTRATIVE**
Téléphone : **0383448741**
Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du : 01/09/2025

Au : 31/08/2026

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**
L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**
Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **11857**
La masse salariale annoncée est au : **Bâtiment**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Non**
du prestataire
Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à : **Non**
disposition du prestataire

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le : **1**
bâtiment

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Non**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les : **Oui**
horaires d'occupation des locaux par les usagers

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage : **Oui**
horaire

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs : **Non**
jours fériés

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

2. BESOIN**2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES**Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **161 m²**Nombre de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **1**Niveau de qualité des prestations : **Supérieur**Période de fermeture sur la première année : **à préciser**Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
socialeSouhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestationsDes points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment**2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX****2.3. ENTRETIEN DES VITRES**

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	3	15	
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	3	15	
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES**2.5. CONSOMMABLES SANITAIRES**Souhaitez-vous la fourniture des consommables : **Oui**
sanitairesPrécisions complémentaires : **Le papier toilette est fourni par la commune de Saint-Dié et ne doit donc pas être pris en compte dans la fourniture des consommables sanitaires par le titulaire du marché.**

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	0
Essuie-mains papier	0	6
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	6
Hygiène féminine	0	0

MEDECINE PREVENTIVE SAINT DIE

18/02/2025

Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes : **0**

Femmes : **2**

Total : **2**

Itinérants

Hommes : **1**

Femmes : **0**

Total : **1**

Visiteurs

Moyenne/an : **1500**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

annexe7 : **MASSE SALARIALE ST DIE.xlsx**

plan : **PLAN ST DIE.pdf**

Précisions complémentaires : **Le site de Saint-Dié est ouvert uniquement les matins du lundi au vendredi.**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE – SAINT-DIZIER

18/02/2025

1. BÂTIMENT

Nom du bâtiment : **CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE**

Nom 2 du bâtiment : **SAINT DIZIER**

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **4 rue Godard Jeanson**

Complément d'adresse :

Code postal : **52100**

Préfixe boîte postale :

Boîte postale :

Commune : **SAINT DIZIER**

Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGÉE DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGÉE DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du : **01/09/2025**

Au : **31/08/2026**

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**

L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**

Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **4741**

La masse salariale annoncée est au : **Bâtiment**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Non**
du prestataire

Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à disposition du prestataire : **Non**

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le bâtiment : **1**

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Oui**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les horaires d'occupation des locaux par les usagers : **Oui**

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage horaire : **Oui**

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs jours fériés : **Non**

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE – SAINT-DIZIER

18/02/2025

2. BESOIN

2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **322 m²**

Nombre de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **1**

Niveau de qualité des prestations : **Standard**

Période de fermeture sur la première année : **à préciser**

Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
sociale

Souhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?

Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**

Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestations

Des points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment

2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX

Famille de locaux	Superficie totale(en m ²)	Superficie répartie(en m ²)				
		Moquette Tapis	Thermoplastique et assimilé	Carrelages / Marbres et assimilé	Parques/Bois et assimilé	Ciment et bitume
Accueil & zones attenantes et assimilés	63	0	63	0	0	0
Hall d'accueil	63		63			
Hall d'entrée	0					
Salle d'attente	0					
Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	124	0	124	0	0	0
Espaces sanitaires	124		124			
Vestiaires	0					
Douches	0					
Espaces repas et détente et assimilés	23	0	23	0	0	0
Salles de restauration	23		23			
Chambres	0					
Bureaux et assimilés	58	0	58	0	0	0
Bureaux	58		58			
Salles de réunion	0					
Circulations et assimilés	15	0	15	0	0	0
Couloirs	15		15			
Escaliers	0					
Locaux stockage / techniques et assimilés	39	0	39	0	0	0
Entrepôts	39		39			
Locaux techniques	0					

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE – SAINT-DIZIER

18/02/2025

Archives non-vivantes	0					
Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés	0	0	0	0	0	0
Parkings	0					
Sous-sols	0					
Cours	0					
Locaux sportifs et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salle de sport	0					
Gymnase	0					
Salles polyvalentes	0					
Salles publiques et assimilés	0	0	0	0	0	0
Galleries de musées	0					
Bibliothèques	0					
Salles de cinéma	0					
Locaux scolaires et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salles de classe	0					
Salles de formation	0					
Salles de réception	0					
Total locaux	322	0	322	0	0	0

Cloisons et portes vitrées (en m²) : **0**

2.3. ENTRETIEN DES VITRES

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	1	94	
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	1	94	
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)			nacelle

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES

Type	Famille de locaux	Typologie de locaux	Quantité	Unité d'oeuvre	Fréquence annuelle
Décapage et mise en cire des sols plastiques	Bureaux et assimilés		322	M2	1
Vitre basse extérieure <3m	Circulations et assimilés		15	M2	4
Vitre basse intérieure <3m	Circulations et assimilés		15	M2	4
Spray méthode : lustrage	Bureaux et assimilés		322	M2	4

2.5. CONSOMMABLES SANITAIRES

Souhaitez-vous la fourniture des consommables sanitaires : **Oui**

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	3
Essuie-mains papier	0	11
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	11
Hygiène féminine	0	0
Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes : **2**
Femmes : **12**
Total : **14**

Itinérants

Hommes : **1400**
Femmes : **1600**
Total : **3000**

Visiteurs

Moyenne/an : **0**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

annexe7 : **MASSE SALARIALE ST DIZIER.xls**

plan : **PLAN ST DIZIER.pdf**

Précisions complémentaires : **Nous souhaitons que les sanitaires et les cabinets médicaux et infirmiers soient nettoyés en QUALITE SUPERIEURE, à savoir, 117 m2.**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - VANDOEUVRE

18/02/2025

1. BÂTIMENT

Nom du bâtiment : **CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE**

Nom 2 du bâtiment : **VANDOEUVRE**

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **2 rue du Doyen Jacques Parisot**

Complément d'adresse :

Code postal : **54500**

Préfixe boîte postale :

Boîte postale :

Commune : **VANDOEUVRE LES NANCY**

Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGEES DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **CHARGEES DE GESTION ADMINISTRATIVE**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du : **01/09/2025**

Au : **31/08/2026**

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**

L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**

Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **41305**

La masse salariale annoncée est au : **Site**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Oui**
du prestataire

Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à disposition du prestataire : **Non**

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le bâtiment : **3**

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Oui**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les horaires d'occupation des locaux par les usagers : **Oui**

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage horaire : **Oui**

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs jours fériés : **Non**

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - VANDOEUVRE

18/02/2025

2. BESOIN

2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **3240 m²** Nombre

de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **6**

Niveau de qualité des prestations : **Standard**

Période de fermeture sur la première année : **à préciser**

Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
sociale

Souhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?

Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**

Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestations

Des points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment

2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX

Famille de locaux	Superficie totale(en m ²)	Superficie repartie(en m ²)				
		Moquette Tapis	Thermoplastique et assimilé	Carrelages / Marbres et assimilé	Parques/Bois et assimilé	Ciment et bitume
Accueil & zones attenantes et assimilés	644	0	644	0	0	0
Hall d'accueil	644		644			
Hall d'entrée	0					
Salle d'attente	0					
Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	811	0	371	440	0	0
Espaces sanitaires	811		371	440		
Vestiaires	0					
Douches	0					
Espaces repas et détente et assimilés	223	0	223	0	0	0
Salles de restauration	223		223			
Chambres	0					
Bureaux et assimilés	1860	64	1796	0	0	0
Bureaux	1860	64	1796			
Salles de réunion	0					
Circulations et assimilés	389	0	389	0	0	0
Couloirs	389		389			
Escaliers	0					
Locaux stockage / techniques et assimilés	84	0	84	0	0	0
Entrepôts	84		84			
Locaux techniques	0					

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - VANDOEUVRE

18/02/2025

Archives non-vivantes	0					
Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés	0	0	0	0	0	0
Parkings	0					
Sous-sols	0					
Cours	0					
Locaux sportifs et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salle de sport	0					
Gymnase	0					
Salles polyvalentes	0					
Salles publiques et assimilés	0	0	0	0	0	0
Galeries de musées	0					
Bibliothèques	0					
Salles de cinéma	0					
Locaux scolaires et assimilés	0	0	0	0	0	0
Salles de classe	0					
Salles de formation	0					
Salles de réception	0					
Total locaux	4011	64	3507	440	0	0

Cloisons et portes vitrées (en m²) : 0

2.3. ENTRETIEN DES VITRES

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)			
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)			
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)	6	75	perche
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)	6	75	perche

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES

Type	Famille de locaux	Typologie de locaux	Quantité	Unité d'oeuvre	Fréquence annuelle
Essuyage humide surfaces verti	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	Chambre froide	12	M2	1
Spray méthode : lustrage	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	laboratoire	316	M2	4
Vidage poubelles cendriers ext	Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés	extérieurs	1	Heure	52

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - VANDOEUVRE

18/02/2025

Type	Famille de locaux	Typologie de locaux	Quantité	Unité d'oeuvre	Fréquence annuelle
Gestion des déchets DASRI	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	laboratoire	1	Heure	130
Ramassage papier feuilles a l'exterieur du bâtiment (abords)	Espaces extérieurs et sous-sols et assimilés	extérieurs	1	Heure	52
Repasse supplémentaire sanitaire	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	antenne médicale	2	Heure	52
Décapage complet sol carrelé	Circulations et assimilés	laboratoire	313	M2	1
Nettoyage tables salle attente	Accueil & zones attenantes et assimilés	antenne médicale	2	Heure	52
Lavage mécanique des sols (matériel non disponible sur site)	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	antenne médicale	562	M2	52
Aspiration des tapis et sols moquette	Bureaux et assimilés	amphithéâtre	522	M2	12
Shampoing moquette/tapis par injection/extraction	Bureaux et assimilés	amphithéâtre	522	M2	1
Lavage vaisselle	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	espace collation	2	Heure	52
Lavage mécanique des sols (matériel non disponible sur site)	Accueil & zones attenantes et assimilés	hall accueil et circulations	892	M2	24
Spray méthode : lustrage	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	antenne médicale	562	M2	4
Vidage des poub.sect medical	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	antenne médicale	2	Heure	52
Shampoing moquette/tapis par injection/extraction	Bureaux et assimilés	salles de réunion	64	M2	1
Essuyage humide surfaces verti	Locaux d'hygiène / Sanitaires et assimilés	laboratoire	24	M2	24
Aspiration des revêtements textiles ou moquettes murales	Bureaux et assimilés	centre d'appels	28	M2	4
Aspiration des tapis et sols moquette	Locaux stockage / techniques et assimilés	tour 8ième étage	108	M2	1

2.5. CONSOMMABLES SANITAIRES

Souhaitez-vous la fourniture des consommables sanitaires : **Oui**

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - VANDOEUVRE

18/02/2025

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	35
Essuie-mains papier	0	50
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	50
Hygiène féminine	0	0
Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes : **22**
Femmes : **78**
Total : **100**

Itinérants

Hommes : **5500**
Femmes : **5300**
Total : **10800**

Visiteurs

Moyenne/an : **0**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

annexe7 : **MASSE SALARIALE VANDOEUVRE.xlsx**

autres : **FICHE TECHNIQUE FRANGE MICROFIBRES USAGE UNIQUE PRODIM.pdf**

autres : **ASPIRATEUR FILTRATION ABSOLUE NILFISK.pdf**

autres : **PROCEDURE NETTOYAGE LABORATOIRE ET FICHE DE SUIVI.pdf**

Précisions complémentaires : **Nous souhaitons que l'ensemble des sanitaires, des salles de réunion et des cabinets médicaux et infirmiers soient nettoyés en QUALITE SUPERIEURE, à savoir, 643 m². Nous vous joignons également le protocole élaboré pour l'entretien de notre laboratoire. Ce dernier est accompagné de la fiche technique d'un aspirateur à filtration absolue essentiel pour l'entretien des surfaces présentes au laboratoire ainsi que la fiche technique des franges microfibres à usage unique à utiliser.**

UC CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - VERDUN

18/02/2025

1.BÂTIMENT

Nom du bâtiment : **UC CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE**

Nom 2 du bâtiment : **VERDUN**

1.1. ADRESSE DU BÂTIMENT À ENTRETENIR

Numéro et voie : **28 avenue de Douaumont**

Complément d'adresse :

Code postal : **55100**

Préfixe boîte postale :

Boîte postale :

Commune : **VERDUN**

Ville :

1.2. RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **Chargée de Gestion Administrative**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

1.3. PERSONNE À CONTACTER POUR PRÉCISIONS SUR LE BÂTIMENT

Civilité : **MME**

Nom : **TINET**

Prénom : **Frédérique**

Fonction : **Chargée de Gestion Administrative**

Téléphone : **0383448741**

Email : **frederique.tinet@assurance-maladie.fr**

Prise de contact et/ou visite de site souhaitée : **Oui**

1.4. RÉALISATION DES PRESTATIONS

Du : **01/09/2025**

Au : **31/08/2026**

1.5. MASSE SALARIALE

Actuellement entretenu par une société de propreté : **Oui**

L'établissement est-il soumis à reprise : **Oui**

Montant estimatif annuel de la masse salariale € HT : **4016**

La masse salariale annoncée est au : **Bâtiment**

1.6. JOURS D'OUVERTURE DU BÂTIMENT

Jours d'ouverture : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

1.7. INFORMATIONS SUR LE BÂTIMENT

Le bâtiment dispose-t-il d'un ascenseur mis à disposition : **Oui**
du prestataire

Le bâtiment dispose-t-il d'un monte-charge mis à disposition du prestataire : **Non**

Nombre de locaux mis à disposition du titulaire sur le bâtiment : **1**

Le bâtiment dispose-t-il de sanitaires publics : **Oui**

Le bâtiment est-il ouvert 24h/24h : **Non**

Le bâtiment est-il actuellement nettoyé pendant les horaires d'occupation des locaux par les usagers : **Oui**

Le bâtiment est-il nettoyé sur une seule et même plage horaire : **Oui**

Souhaitez-vous une intervention durant un ou plusieurs jours fériés : **Non**

1.8. JOURS D'INTERVENTION SOUHAITÉS

Jours : **lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi**

Interventions mensuelles : **Non**

2. BESOIN

2.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Surface totale à entretenir sur le bâtiment : **281 m²**

Nombre de niveaux à entretenir (sous-sols compris) : **2**

Niveau de qualité des prestations : **Supérieur**

Période de fermeture sur la première année : **à préciser**

Souhaitez-vous mettre en place une action d'insertion : **Non**
sociale

Souhaitez-vous que le prestataire utilise des produits à : **Oui**
écolabel ou équivalent ?

Procédez-vous actuellement au tri sélectif des déchets : **Non**

Avez-vous prévu de la mettre en place pour le lancement : **Oui**
des prestations

Des points d'apport volontaire sont ils déjà en place dans : **Non**
votre bâtiment

2.2. DÉTAIL DES SUPERFICIES PAR FAMILLES DE LOCAUX

2.3. ENTRETIEN DES VITRES

Type	Fréquence annuelle	Surface(en m²)	Modalités d'accès
Vitre basse intérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	4	3	
Vitre basse extérieure jusqu'à 3 mètres de haut (accessible)	4	3	
Vitre haute intérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)	4	60	aDeterminer
Vitre haute extérieure supérieure à 3 mètres de haut (non accessible)	4	60	aDeterminer

2.4. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ANNUELLES

2.5. CONSOMMABLES SANITAIRES

Souhaitez-vous la fourniture des consommables sanitaires : **Oui**

Précisions complémentaires : **Dans le cadre de la fourniture des consommables sanitaires par le titulaire du marché, nous souhaitons la mise en place, courant de semaine 36 au plus tard, des distributeurs sur l'ensemble du site.**

Assainisseurs d'air		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Diffuseurs automatiques	0	0
Désodorisants secs	0	0
Distributeurs		
	Quantité mise à disposition du futur prestataire	Quantité à installer par le futur prestataire
Papier hygiénique	0	4
Essuie-mains papier	0	13
Essuie-mains tissus	0	0
Savon	0	13
Hygiène féminine	0	0

UC CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE - VERDUN

18/02/2025

Sachets hygiène féminine	0	0
Couvre siège	0	0
Fourniture de tapis	0	0

2.6. EFFECTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Occupants

Hommes :

Femmes : **10**

Total : **10**

Itinérants

Hommes : **1300**

Femmes : **1200**

Total : **2500**

Visiteurs

Moyenne/an : **0**

2.7. DOCUMENTS ANNEXES

plan : **PLANS VERDUN.pdf**

annexe7 : **MASSE SALARIALE VERDUN.xls**

Précisions complémentaires : **L'intervention de l'agent d'entretien devra débuter à 18h00 du lundi au vendredi**