**ANNEXE 1 : DESCRIPTIF DE L’HÔTEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERISTIQUES** | | **REPONSE DU CANDIDAT** |
| Localisation de l’hôtel (adresse) : | |  |
| Catégorie de l’hôtel (préciser le nombre d’\*) | |  |
| Accès 24/24 heures | | oui  non |
| Période de fermeture de l’hôtel | |  |
| Nombre de chambres | |  |
| Nombre de chambres PMR | |  |
| Amplitude horaire de l’accueil physique | |  |
| Nombre de niveaux | |  |
| Accès par ascenseur si plusieurs niveaux | | oui  non |
| Parking | | oui  non  Préciser la localisation : |
| **Descriptif des chambres** | | |
| Nombre de chambres lit 1 place et surface de la chambre | |  |
| Nombre de chambres lit 2 places et surface de la chambre | |  |
| Possibilité d’ajouter un lit supplémentaire dans la chambre | | Chambre lit 1 place :  oui  non  Chambre lit 2 places :  oui  non |
| Description des chambres | |  |
| **Descriptif de la salle de bains** | | |
| Surface | |  |
| Dans la chambre | | oui  non |
| Douche | | oui  non (baignoire) |
| Linge de toilette fourni | | oui |
| Equipements fournis | | sèche-cheveux  sèche-serviettes  autres : préciser |
| **Descriptif des toilettes** | | |
| Localisation | dans la salle de bains  hors la salle de bains | |
| Surface (si hors salle de bains) |  | |
| Type WC | suspendu  au sol | |
| Autres : préciser |  | |
| **Descriptif des chambres pour personne à mobilité réduite** | | |
| Nombre de chambres lit 1 place et surface de la chambre |  | |
| Nombre de chambres lit 2 places et surface de la chambre |  | |
| Possibilité d’ajouter un lit supplémentaire dans la chambre | Chambre lit 1 place :  oui  non  Chambre lit 2 places :  oui  non | |
| Description des chambres |  | |
| **Descriptif de la salle de bains pour personne à mobilité réduite** | | |
| Surface |  | |
| Dans la chambre | oui  non | |
| Linge de toilette fourni | oui | |
| Equipements fournis | sèche-cheveux  sèche-serviettes  autres : préciser | |
| **Descriptif des toilettes pour personne à mobilité réduite** | | |
| Localisation | dans la salle de bains  hors la salle de bains | |
| Surface (si hors salle de bains) |  | |
| Type WC | suspendu  au sol | |
| Autres : préciser |  | |
| **Autres** | | |
| Présence d’un salon de convivialité dans l’hôtel | | oui  non |
| Jardin | | oui  non |
| Autres : à préciser | |  |
| **Modalités de nettoyage et d’entretien des locaux (le candidat joindra son protocole à son offre)** | | |
| Chambre | | Fréquence de nettoyage :  Changement des draps : |
| Salle de bains | | Fréquence de nettoyage : |
| WC | | Fréquence de nettoyage : |

**ANNEXE 2 : Modalités d’exécution de la prestation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalités d’exécution de la prestation** | |
| Délai nécessaire pour la réservation des chambres |  |
| Délai nécessaire pour la réservation du petit déjeuner ou diner (si réservé postérieurement à la chambre) |  |
| Délai de préavis pour l’annulation d’une réservation de chambre |  |
| Délai de préavis pour l’annulation d’une réservation de petit-déjeuner ou repas |  |
| En cas d’indisponibilité, proposez une autre solution pour loger les patients ? |  |
| Prenez-vous en charge la facturation des transports en taxi ? |  |
| Autres précisions : |  |

**ANNEXE 3 : DESCRIPTIF DE LA PRESTATION RESTAURATION**

Le diner devra comporter 2 composantes (entrée / plat ou plat / dessert) minimum en plus du pain et le petit-déjeuner 4 composantes minimum.

L’eau sera la seule boisson prise en charge financièrement par le CHRU de Tours pour le dîner. Toute autre boisson sera à la charge du patient.

Les produits devront répondre à toutes les normes d’hygiène alimentaires en vigueur. Aucun produit à risque type tartare de viande, poisson cru… ne devra être proposé.

Pour chaque plat, les 14 allergènes majeurs (cités dans le règlement INCO) contenus devront être portés à la connaissance du consommateur.

Le candidat indiquera s’il peut proposer des menus compatibles avec les régimes et indications suivants :

* **Sans fibres strict/sans résidus** : il s’agit de plats exempts de fruits et de légumes sous toutes leurs formes y compris ail, oignons, échalotes, herbes et aromates, …. ou de céréales complètes et d’épices.
* **Texture modifiée** : plats ne nécessitant pas de mastication.

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERISTIQUES** | **REPONSE DU CANDIDAT** |
| **Prestation restauration**  (le candidat pourra annexer tous les documents permettant d’apporter des informations supplémentaires quant à la gestion des risques alimentaires ou autres) | |
| Horaires de service du petit-déjeuner |  |
| Modalités d’organisation en cas de prise du petit-déjeuner avant l’ouverture du service |  |
| Salle à manger | oui  non |
| Horaires de service du dîner |  |
| Gestion des allergies alimentaires : à décrire |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CARACTERISTIQUES** | **REPONSE DU CANDIDAT**  Le candidat indiquera s’il est en capacité de répondre aux préconisations suivantes : |
| **Petit-déjeuner** | |
| **Composants régime sans fibre strict :** | oui  non  Commentaire (si nécessaire) : |
| **Composants régime texture modifiée :** | oui  non  Commentaire (si nécessaire) : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diner** | |
| **Composants régime sans fibres strict** : | oui  non  Commentaire (si nécessaire) : |
| **Composants régime texture modifiée** : | oui  non  Commentaire (si nécessaire) : |

Le candidat transmettra avec son offre technique les attestations relatives aux normes et autres certifications qu’il détient, et décrira les différents protocoles, chartes…en lien avec le critère de Responsabilité Sociétale et Environnementale.