

## Annexe 1 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE »

### Centre Hospitalier Saint Nicolas

#### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Durée du marché : 4 ans ferme

Lot(s) concerné(s)	1 – 2 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13
Date entrée dans le groupement <i>A modifier selon vos engagements</i>	Début au 1 <sup>er</sup> Mars 2025



Interlocuteur (pour l'exécution du marché) :

	Le/La référent (e) administratif	Le/La référent(e) Restauration
Nom	FEITZ Laetitia	BERTHY Stéphane
Fonctions	Responsable Achats et Logistique	Responsable Cuisine
Adresse	2 Rue Gaston Cheq 10200 BAR SUR AUBE	2 Rue Gaston Cheq 10200 BAR SUR AUBE
Tél	03 25 27 55 34	03 25 27 55 41
Fax		
Email	laetitia.feitz@hcs-sante.fr	stephane.berthy@hcs-sante.fr



Facturation

Adresse de Facturation	2 Rue Gaston Cheq 10200 BAR SUR AUBE	
N° Siret	261 007 363 00011	
Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus	Code service	N° d'engagement juridique
	Aucun	N° bon de commande
Contact Commande Nom Prénom Téléphone	BERTHY Stéphane 03 25 27 55 41	
Contact Comptabilité Nom Prénom Téléphone	FEITZ Laetitia 03 25 27 55 34	

#### CONTRAINTES LOGISTIQUES



Modalités de commande

☒ Téléphone

☐ Télécopie

☐ Courrier

☐ Internet

☐ Autre (précisez) .....



Fréquences de livraison et nombre de points de livraison : (préciser si différences en fonction du type de produits)

**Pour les Valeurs Moyennes Livrées Importantes : CHU et grands CH**

Type de produits	Fréquence de livraison	Si jour(s) de livraison souhaitée, préciser	Nombre de points de livraison
Épicerie	<i>Cocher <u>une seule</u> proposition : (ex : 1 fois par quinzaine)</i> <input checked="" type="checkbox"/> 1 .fois par semaine <input type="checkbox"/> ....fois par quinzaine <input type="checkbox"/> ....fois par mois <input type="checkbox"/> ....fois par trimestre	<b>LUNDI</b>	<b>Cuisine</b>
Boissons	<i>Cocher <u>une seule</u> proposition : (ex : 1 fois par quinzaine)</i> <input type="checkbox"/> ....fois par semaine <input checked="" type="checkbox"/> 1 .fois par quinzaine <input type="checkbox"/> ....fois par mois <input type="checkbox"/> ....fois par trimestre	<b>MERCREDI</b>	<b>Magasin</b>

**Pour les Valeurs Moyennes Livrées moins importantes : Autres établissements**

Type de produits	Fréquence de livraison	Si jour(s) de livraison souhaitée, préciser	Nombre de points de livraison
Épicerie	<i>Cocher <u>une seule</u> proposition : (ex : 1 fois par quinzaine)</i> <input type="checkbox"/> ....fois par semaine <input type="checkbox"/> ....fois par quinzaine <input type="checkbox"/> ....fois par mois <input type="checkbox"/> ....fois par trimestre		
Boissons	<i>Cocher <u>une seule</u> proposition : (ex : 1 fois par quinzaine)</i> <input type="checkbox"/> ....fois par semaine <input type="checkbox"/> ....fois par quinzaine <input type="checkbox"/> ....fois par mois <input type="checkbox"/> ....fois par trimestre		



## Adresse(s) et horaires de livraison

ETABLISSEMENT(S)	ADRESSE(S)	HORAIRES	PRESENCE DE QUAIS	TYPE DE QUAIS / HAUTEUR	CAMIONS AVEC HAYON	CONTRAINTES TAILLE VEHICULES MANUTENTION (dimensions des palettes, roues des transpalettes etc...)
CH ST NICOLAS	2 Rue Gaston Cheq 10200 BAR SUR AUBE	Matin	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	



## Procédures de gestion des alertes alimentaires

Etablissement	Nom Prénom Personne à prévenir	Fonction	Email	Téléphone	Adresse(s) mail(s) dédiée(s) aux alertes alimentaires
CH ST NICOLAS	BERTHY Stéphane	Responsable Cuisine	stephane.berthy@hcs-sante.fr	03 25 27 55 41	stephane.berthy@hcs-sante.fr