

# Annexe 1 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE »

## CH ST NAZAIRE

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Durée du marché : 4 ans ferme

Lot(s) concerné(s)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13
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	ROGER ISABELLE	CUSSONNEAU MYRIAM
Fonctions	ACHETEUSE	RESPONSABLE RESTAURATION
Adresse	11 BD GEORGES CHARPAK 44600ST NAZAIRE	
Tél	0272278613	0272278686
Fax	0272278641	0272278681
Email	i.roger@ch-saintnazaire.fr	m.cussonneau@ch-saintnazaire.fr



Facturation

Adresse de Facturation	CHORUS PRO	
N° Siret	26440026800456	
Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus	Code service	N° d'engagement juridique
	APPRO	CHAQUE COMMANDE
Contact Commande Nom Prénom Téléphone	SOULAS SANDRA 0272278645	
Contact Comptabilité Nom Prénom Téléphone	SOULAS SANDRA 0272278645	

### 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		
Boissons	<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		

**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	CONTRAINTESTAILLE VEHICULESMANUTENTION(dimensions despalettes, roues des transpalettes etc....)
<b>UCPA CENTRE HOSPITALIER CITE SANITAIRE</b>	97, rte du Pré Hembert 44600 ST NAZAIRE	8H-13H	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input 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
<b>CH ST NAZAIRE</b>	CUSSONNEAU MYRIAM	RESPONSABLE RESTAURATION	m.cussonneau@ch-saintnazaire.fr	0272278686	
<b>CH ST NAZAIRE</b>	COSSON STEPHANIE	RESPONSABLE QUALITE RESTAURATION	s.cosson@ch-saintnazaire.fr	0272278682	