

Annexe 1 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE »

CH MONTFAVET

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Durée du marché : 4 ans ferme

Lot(s) concerné(s)	1 à 13
Date entrée dans le groupement <i>A modifier selon vos engagements</i>	Début au 1 ^{er} Mars 2025



Interlocuteur (pour l'exécution du marché) :

	Le/La référent (e) administratif	Le/La référent(e) Restauration
Nom	GILLES	LAURENT
Fonctions	RESPONSABLE DES COMPTES DE STOCKS	RESPONSABLE MAGASIN ALIMENTAIRE
Adresse	Avenue de la Pinède - CS 20107 84918 AVOGNON Cedex 9	Avenue de la Pinède - CS 20107 84918 AVOGNON Cedex 9
Tél	04.90.03.90.50	04.90.03.95.10
Fax		
Email	severine.gilles@ch-montfavet.fr	patrice.laurent@ch-montfavet.fr



Facturation

Adresse de Facturation	Avenue de la Pinède - CS 20107 84918 AVOGNON Cedex 9	
N° Siret	26840009000018	
Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus	Code service	N° d'engagement juridique
	AALIM	
Contact Commande Nom Prénom Téléphone	M. LAURENT Patrice - 04.90.03.95.10	
Contact Comptabilité Nom Prénom Téléphone	Mme MARIE Brigitte - 04.90.03.90.54	

CONTRAINTES LOGISTIQUES



Modalités de commande

☐ Téléphone

☐ Télécopie

☐ Courrier

☐ Internet

☒ Autre (précisez) BON DE COMMANDE



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"/> 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>fois par quinzaine <input type="checkbox"/>fois par mois <input type="checkbox"/>fois par trimestre	Du lundi au vendredi	1 - MAGASIN ALIMENTAIRE
Boissons	<i>Cocher <u>une seule</u> proposition : (ex : 1 fois par quinzaine)</i> <input checked="" type="checkbox"/> 2 fois par semaine <input type="checkbox"/>fois par quinzaine <input type="checkbox"/>fois par mois <input type="checkbox"/>fois par trimestre	Du lundi au vendredi	1 - MAGASIN ALIMENTAIRE

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...)
MAGASIN ALIMENTAIRE	Avenue de la Pinède CS 20107 84198 AVIGNON Cedex 9	ENTRE 6H30 ET 11H00	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	QUAI DECHARGEMENT HAUTEUR 80 CM	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PAS DE SEMI REMORQUE
			<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
CHM	LAURENT Patrice	Responsable magasin alimentaire	patrice.laurent@ch-montfavet.fr	04.90.03.95.10	
CHM	LOEHLER Didier	Responsable production	didier.loehler@ch-montfavet.fr	04.90.03.99.47	
CHM	GRANGEON Stéphanie	Assistante de Direction	stephanie.grangeon@ch-montfavet.fr	04.90.03.90.01	