

## Annexe 1 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE »

**CH LESNEVEN**

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Durée du marché : 4 ans ferme

Lot(s) concerné(s)	9 à 17
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	PEYROTTE Gwénaëlle	SZABO Claire
Fonctions	Agent administratif - Service Economique	Responsable restauration
Adresse	Rue Barbier de Lescoat 29260 LESNEVEN	Rue MASSERON 29260 LESNEVEN
Tél	02 98 21 29 03	02 98 21 29 37
Fax	02 98 21 29 98	02 98 21 29 38
Email	g.peyrottes@hopital-lesneven.fr	responsable.restauration@hopital-lesneven.fr



Facturation

Adresse de Facturation	CH LESNEVEN - RUE BARBIER DE LESCOAT 29260 LESNEVEN	
N° Siret	26290012900012	
Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus	Code service	N° d'engagement juridique
	ACHATS	N° DE BON DE COMMANDE
Contact Commande Nom Prénom Téléphone	SZABO Claire - 02 98 21 29 37	
Contact Comptabilité Nom Prénom Téléphone	PEYROTTE - Gwénaëlle 02 98 21 29 03	

### 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 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		

**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 checked="" type="checkbox"/> 1 à 2.fois par semaine <input type="checkbox"/> .....fois par quinzaine <input type="checkbox"/> .....fois par mois <input type="checkbox"/> .....fois par trimestre	<b>Lundi ou mercredi</b>	<b>2 points de livraison magasin et cuisine</b>
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...)
<b>CH de LESNEVEN – Service Cuisine</b>	Rue Alexandre Masseron - LESNEVEN	Lundi au Vendredi DE 07H A 12H	<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 LESNEVEN</b>	CLAIRE SZABO	Responsable Restauration	responsable.restauration@hopital-lesneven.fr	02 98 21 29 37	responsable.restauration@hopital-lesneven.fr