

# Annexe 1 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE »

## CH NOIRMOUTIER

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Durée du marché : 4 ans ferme

Lot(s) concerné(s)	9-10-11-12-13-14-15-16-17-18
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	DURAND	CHEVALLEY
Fonctions	RESPONSABLE FINANCES ECONOMAT	RESPONSABLE CUISINE
Adresse	2 RUE DES SABLEAUX 85330 NOIRMOUTIER	2 RUE DES SABLEAUX 85330 NOIRMOUTIER
Tél	0251396039	0251396237
Fax	0251359198	0251359198
Email	christine.durand@ght85.fr	michel.chevalley@ght85.fr



Facturation

Adresse de Facturation	2 RUE DES SABLEAUX 85330 NOIRMOUTIER		
N° Siret	26850029500012		
Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus	Code service	N° d'engagement juridique	
Contact Commande Nom Prénom Téléphone	CHEVALLEY Michel 0251396237		
Contact Comptabilité Nom Prénom Téléphone	DURAND Christine 0251390399	0251396039/RENAUD	Carine

### 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"/> ...2..fois par semaine <input type="checkbox"/> .....fois par quinzaine <input type="checkbox"/> .....fois par mois <input type="checkbox"/> .....fois par trimestre	<b>Mardi et vendredi</b>	<b>1</b>
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	<b>Lundi</b>	<b>1</b>



## 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...)
Hôpital de Noirmoutier	2 RUE DES SABLEAUX 85330 NOIRMOUTIER	7H30-13H	<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
Hôpital de Noirmoutier	Chevalley Michel	Responsable de cuisine	michel.chevalley@ght85.fr	0251396237	michel.chevalley@ght85.fr