**AFFAIRE 25A0063**

**Annexe 6 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE »**

**FOURNITURE DE BOISSONS POUR LES ETABLISSEMENTS   
DU GHT EST HERAULT ET SUD AVEYRON**

**Renseignements administratifs**

* Interlocuteur (pour l’exécution du marché) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Le/La référent (e) administratif** | **Le/La référent(e) Restauration** |
| Nom : | AGUSSOL Chantal | THOMAS CLEMENT |
| Fonctions : | RESPONSABLE ACHATS | CHEF DE CUISINE |
| Adresse : | CH LODEVE  13 BD PASTEUR 34700 LODEVE | CH LODEVE  13 BD PASTEUR 34700 LODEVE |
| Tél : | 04 67 88 30 03 | 04 67 88 30 60 |
| Fax : | 04 67 88 30 08 | 04 67 88 30 84 |
| Email : | serviceecof@hopital-lodeve.fr | cuisine@hopital-lodeve.fr |

* Facturation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de facturation : | CH LODEVE 13 BD PASTEUR 34700 LODEVE | |
| N° Siret : | 26340014500011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | PAS DE CODE SERVICE | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | THOMAS CLEMENT 04 67 88 30 60 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | STURZEL VIRGIL 04 67 88 30 50 | |

**Contraintes logistiques**

* Modalités de commande :

X **Téléphone** X **Télécopie**  **Courriel**

Autre :

* Fréquences de livraison et nombre de points de livraison :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **Fréquence de livraison :**  *(ex : tous les jours, x fois par semaine/quinzaine/mois)* | **Si jour(s) à respecter impérativement, préciser :** |
| CH LODEVE | 2 FOIS PAR SEMAINE | **PASSAGE DU LUNDI AU VENDREDI** |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES DE VEHICULE** |
| CH LODEVE | 13 BD PASTEUR 34700 LODEVE | DE 7H A 12H | NON |  | OUI | MAXI 19 Tonnes |