**AFFAIRE 25A0207**

**Annexe 2 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE LUNEL »**

Fourniture de SALADES COMPOSEES pour les établissements 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 : | DILLON FRANCK | QUENTIN PHILLIPPE |
| Fonctions : | RESPONSABLE ALT | RESPONSABLE RESTAURATION |
| Adresse : | 141 place de la République 34400 Lunel | 23 RUE BRUNO BRUNEL |
| Tél : | 04-67-87-71-58 | 04-67-87-71-25 |
| Fax : |  |  |
| Email : | f.dillon@hopital-lunel.fr | p.quentin@hopital-lunel.fr |

* Facturation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de facturation : | 141 place de la République 34400 Lunel | |
| N° Siret : | 263 400 152 000 17 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : |  | N° d'engagement juridique |
| Code service 104 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | DIGENNAN NICOLAS 04-67-87-71-22 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | AMOUROUX LAURA 04-67-87-71-29 | |

**Contraintes logistiques**

* Modalités de commande :

X **Téléphone**  **Télécopie**  **Courrier**  **Internet**

Autre : MAIL

* 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 LUNEL | 1 A 2 FOIS PAR SEMAINE | LUNDI 🞏 MARDI 🞏 MERCREDI 🞏 JEUDI 🞏 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 DE LUNEL | MAGASIN CENTRAL 23 RUE BRUNO BRUNEL 34400 LUNEL | 07H30-12H00 | X OUI  NON |  | XOUI NON | PAS DE SEMI REMORQUE |