**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH AP-HM**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 59 |

* **Interlocuteur (pour l’exécution du marché) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ROSATO AUDREY |
| Fonctions : | Acheteur |
| Adresse : | 80, rue Brochier - 13354 MARSEILLE Cedex 05 |
| Tél : | 04 91 38 11 58 |
| Fax : |  |
| Email : | Audrey.rosato@ap-hm.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 167, chemin de Saint-Louis au Rove 13016 MARSEILLE | |
| N° siret : | 261 300 081 00 484 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 00 | 2 caractères + 6 CHIFFRES |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Jean-Michel BONET 07 86 29 32 56 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Sylvie LAURENT-COULET 04 91 43 56 86 | |

* **Contacts en cas d’alerte alimentaire :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| APHM | Jean Michel BONET | Expert Technique | [jean-michel.bonet@ap-hm.fr](mailto:jean-michel.bonet@ap-hm.fr) | 04.91.43.56.82 |
| APHM | Audrey ROSATO  Laurent ROSSI | Acheteur  Ingénieur Restauration | [audrey.rosato@ap-hm.fr](mailto:audrey.rosato@ap-hm.fr)>  [direction-achats.hotelier-logistique@ap-hm.fr](mailto:direction-achats.hotelier-logistique@ap-hm.fr)  [laurent.rossi@ap-hm.fr<](mailto:laurent.rossi@ap-hm.fr%3c) | 04.91.38.11.58  07.85.88.80.01 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : …………………………………………………………………………………………………………………**

* **Fréquences de livraison et nombre de points de livraison :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LOT** | **Fréquence de livraison**  *(ex : tous les jours, x fois par semaine/quinzaine/mois)* | **Si jour(s) à respecter impérativement, préciser :** | **Nombre de points de livraison concernés pour ce type de produits** |
| **LOT 59** | **3 fois par semaine** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| PFL MAGASIN APHM | 163 chemin saint louis au roves 13016 Marseille | 06h/10h00 | OUI  NON | Quais niveleurs | OUI  NON |  |
| ACTISUD MAGASIN APHM | 90, Chemin du ruisseau Mirabeau 13016 Marseille | 06h/10h00 | OUI  NON | Quai basculant | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**