**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH ARCACHON**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-6-12-13-17-21-24-28-30-31-34-38-45-47-54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | DEZUSINGE, THIBAUD |
| Fonctions : | Gestionnaire économique |
| Adresse : | AVENUE JEAN HAMEAU, 33260 LA TESTE-DE-BUCH |
| Tél : | 05.57.52.90.12 |
| Fax : |  |
| Email : | Thibaud.Dezusinge@ch-arcachon.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | **CENTRE HOSPITALIER D ARCACHON**  AVENUE JEAN HAMEAU  CS 11001 | |
| N° siret : | **26330559100095** | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 03 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | 05.57.52.91.20 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | 05.57.52.90.12 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH ARCACHON | ROUAYROUX, NAÏS | PHARMACIEN | [Nais.Rouayroux@ch-arcachon.fr](mailto:Nais.Rouayroux@ch-arcachon.fr) | 05.57.52.94.12 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : EDI**

* **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 X** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH ARCACHON | AVENUE JEAN HAMEAU, COURS LOGISTIQUE QUAI A PHARMACIE | 9H-14H | OUI |  | OUI  NON | NON |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**