**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CENTRE HOSPITALIER D’ARLES**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1ER MARS 2026 | 28-39 et 58 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Le/La référent (e) administratif** | **Le/La référent(e) Diététique** |
| Nom : | SALENC Joëlle | AMOROS Ludovic |
| Fonctions : | Responsable de la cellule des marchés | Cadre de santé diététicien |
| Adresse : | Quartier Fourchon BP 80195  13637 ARLES CEDEX | Quartier Fourchon – BP 80195 – 13637 ARLES CEDEX |
| Tél : | 04 90 49 28 87 | 04 90 49 26 83 |
| Fax : | 04 90 49 26 04 |  |
| Email : | [Cellule.marches@ch-arles.fr](mailto:Cellule.marches@ch-arles.fr) | [ludovic.amoros@ch-arles.fr](mailto:ludovic.amoros@ch-arles.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre hospitalier d’Arles J. Imbert quartier fourchon BP 80195 13637 ARLES cedex | |
| N° siret : | 261 300 222 00013 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| E2\_RESTAURATION |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | DEULINGER Bruno 04 90 49 26 31 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | THEOPHILE Amanda 04 90 49 26 64 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH ARLES | ROUSSEAU Jérôme | Responsable restauration | [Jerome.rousseau@ch-arles.fr](mailto:Jerome.rousseau@ch-arles.fr) | 04 90 49 26 27 |
| CH ARLES | AMOROS Ludovic | Diététicien | [Ludovic.amoros@ch-arles.fr](mailto:Ludovic.amoros@ch-arles.fr) | 04 90 49 46 08 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : COURRIEL**

* **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** |
| **LOTS 28-39 ET 58** | **1** | **Mardi** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Centre hospitalier d’Arles J. Imbert | Quartier Fourchon BP 80195 13637 ARLES cedex | 6H30 14H00 | OUI  NON | 70 cm | OUI  NON | NON |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**