**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH de Bailleul**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3 / 11 / 12 / 17 / 19 / 25 / 36 / 51 / 53 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Denorme Marc |
| Fonctions : | Responsable restauration |
| Adresse : | 40 rue de Lille – 59270 Bailleul |
| Tél : | 03.28.43.73.29 / 03.28.43.70.12 |
| Fax : |  |
| Email : | [restauration@ch-bailleul.fr](mailto:restauration@ch-bailleul.fr) / [economat@ch-bailleul.fr](mailto:economat@ch-bailleul.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 40 rue de Lille – 59270 Bailleul | |
| N° siret : | 265 906 768 00014 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Pas de code service | FINESS : 59 07 82 645 |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Denorme Marc – 03.28.43.73.29 ou 03.28.43.70.12 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Sonneville Doriane – 03.28.43.70.03 ou 03.28.43.73.03 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CENTRE HOSPITALIER BAILLEUL | Denorme Marc | Responsable restauration | [restauration@ch-bailleul.fr](mailto:restauration@ch-bailleul.fr)  [marc.denorme@ch-bailleul.fr](mailto:marc.denorme@ch-bailleul.fr)  [economat@ch-bailleul.fr](mailto:economat@ch-bailleul.fr) | 03.28.43.73.29  03.28.43.70.12 |
|  |  |  |  |  |

* **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** |
| **Tous les lots** | **1 fois par semaine** |  | **Cuisine** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 BAILLEUL | 40 RUE DE LILLE  ACCES RUE ARNOULDSTRAETE | 7H – 11H | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**