**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH BASSE TERRE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 19, 25, 28, 36, 37, 48, 51, 54, 61. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | L’ETANG Sylvie |
| Fonctions : | Responsable Achats |
| Adresse : | CHBT  Av Gaston Feuillard 97109 Basse Terre |
| Tél : | 0590 41 77 99 |
| Fax : |  |
| Email : | [sylvie.letang@ch-labassseterre.fr](mailto:sylvie.letang@ch-labassseterre.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre Hospitalier de la Basse-Terre | |
| N° siret : | 269 710 877 00011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ACHATS\_LOGISTIQUE\_CHBT - Factures liées à la logistique |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | [ServiceAchats@ch-labasseterre.fr](mailto:ServiceAchats@ch-labasseterre.fr) | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | [ServiceAchats@ch-labasseterre.fr](mailto:ServiceAchats@ch-labasseterre.fr) | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHBT | JACQUET Sylvie  GIGON-DESORMERIE Cindy | Diététicienne Nutritionniste DE | [dietchbt@ch-labasseterre.fr](mailto:dietchbt@ch-labasseterre.fr) | 0590 41 77 48 |

* **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 LOTS** | **Max 1/mois** |  | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Balguerie OUTRE MER Maritime.  [leh.healthcare@balguerie-outremer.com](mailto:leh.healthcare@balguerie-outremer.com) | Parc logistique du pont de Normandie 2  PORT 5051 – Voie des Tadornes  76430 OUDALLE SANDOUVILLE | 7h-15h | OUI |  | OUI  NON | NON |

**Autres renseignements**