**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH DE BAUME LES DAMES**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5/7/11/12/16/17/19/22/23/24/25/28/48/52/54/58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BERGERET |
| Fonctions : | DIETETICIENNE |
| Adresse : | 1 AVENUE DU PRESIDENT KENNEDY - 25110 BAUME LES DAMES |
| Tél : | 03 81 84 70 00 |
| Fax : | 03 81 84 70 13 |
| Email : | dietetique@hopital-baumelesdames.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 1 AVENUE DU PRESIDENT KENNEDY  25110 BAUME LES DAMES | |
| N° siret : | 262 500 473 00018 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECOFI | Numero de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Carole Chagrot  Tél  03 81 84 70 13 - Mail : [carole.chagrot@hopital-baumelesdames.fr](mailto:carole.chagrot@hopital-baumelesdames.fr) | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Patricia Voidey  Tél  03 81 84 70 13 - Mail : [patricia.voidey@hopital-baumelesdames.fr](mailto:patricia.voidey@hopital-baumelesdames.fr) | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH BAUME LES DAMES | BERGERET EMMANUELLE | DIETETICIENNE | [dietetique@hopital-baumelesdames.fr](mailto:dietetique@hopital-baumelesdames.fr) | 0381847000 |

* **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 LOTSLOTS** | **1 X / 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** |
| CH BAUME LES DAMES | 1 AVENUE DU PRESIDENT KENNEDY | 9H 12H 13H30 16H30 | OUI  NON |  | OUI  NON | CAMION PORTEUR AVEC HAYON |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**