**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH BERGERAC**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| A compter de la notification du marché – 01/03/2026 | 3 / 6 / 11 / 16 / 19 / 23 / 25 / 26 / 28 / 31 / 36 / 39 / 50 / 54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | TRIBOUT Oriane |
| Fonctions : | Chargée de la Commande Publique |
| Adresse : | 9 Avenue Albert Calmette 24108 BERGERAC CEDEX |
| Tél : | 05 53 63 86 56 |
| Fax : |  |
| Email : | [oriane.tribout@ch-bergerac.fr](mailto:oriane.tribout@ch-bergerac.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre Hospitalier Samuel Pozzi - Service Economique / 9 Avenue Albert Calmette 24108 BERGERAC CEDEX | |
| N° siret : | 262 405 632 00015 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Magasin | EC |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Geral Olivier / 05 53 63 89 73 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Chesneau Delphine 05 53 63 89 70 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH BERGERAC | Olivier Géral | Responsable Cuisines / Magasin | [olivier.geral@ch-bergerac.fr](mailto:olivier.geral@ch-bergerac.fr) | 05 53 63 89 73 |
|  |  |  |  |  |

* **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** |
| **LOTS** 3 / 6 / 11 / 16 / 19 / 23 / 25 / 26 / 28 / 31 / 36 / 39 / 50 / 54 | **Tous les jours** |  | **1 SEUL MAGASIN GENERAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 BERGERAC | 17 AVENUE CALMETTE | 7 H 30 a 10h00 | OUI  NON |  | OUI  NON | PAS DE SEMI REMORQUE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**