**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH B.DESPLAS BOURGANEUF 23400**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1-2-3-4-5-7-9-11-16-17-24-31-36-48-51-54-58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | PENAULT Tony |
| Fonctions : | Pharmacien |
| Adresse : | CH 23400 Bourganeuf |
| Tél : | 05.55.54.50.59 |
| Fax : | 05.55.54.51.41 |
| Email : | pharmacie@ch-bourganeuf.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | CH B.DESPLAS services financiers 23400 Bourganeuf | |
| N° siret : | 26230300100016 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone |  | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | COUCAUD Florence 05 55 54 50 00 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Ch Bourganeuf | PENAULT Tony | Pharmacien | Tony.penault@ch-bourganeuf.fr | 05.55.54.50.59 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Télécopie  Internet**

**X**  **Autres (préciser) : uniquement télécopie ou mails…………………………………………………………………………………………………………………**

* **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** | **1f/mois** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Magasin pharmacie | Place tournois bourganeuf | 8h30 12h30 et 13h30 16h30 | NON | Pas de quai | OUI | Camion avec Hayon ++ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**