**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH BROCELIANDE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5 ;9 ;12 ;19 ;24 ;25 ;26 ;27 ;28 ;29 ;31 ;35,37 ;47 ;50 ;52 ;54 ;55 ;58 ; |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BOISGERAULT VALERIE |
| Fonctions : | Adjointe Administrative |
| Adresse : | 33, rue Saint-Nicolas 35160 MONTFORT SUR MEU |
| Tél : | 02-99-09-88-93 |
| Fax : |  |
| Email : | v.boisgerault@ch-broceliande.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 33, rue Saint-Nicolas 35160 MONTFORT SUR MEU | |
| N° siret : | 20009598200019 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SES4 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | BOISGERAULT VALERIE 02-99-09-88-93 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | BOISGERAULT VALERIE 02-9-09-88-93 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH BROCELIANDE | BOISGERAULT VALERIE | Adjointe Administrative | v.boisgerault@ch-broceliande.fr | 02-99-09-88-93 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : ……MAIL……………………………………………………………………………………………………………**

* **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 CONFONDUS** | **QUINZAINE** |  | **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 BROCELIANDE | 13 RUE DE LA CROIX DUVAL 35290ST MEEN LE GRAND | 8H-12H  13H-15H30 | OUI  X NON |  | OUI  NON | AUCUNE CONTRAINTE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**