**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH de CANNES SIMONE VEIL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1, 4, 5, 11, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 24, 28, 30, 32, 34, 45, 48 51, 54, 56, 59, 62, 63 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | TRISCORNIA MANON |
| Fonctions : | Acheteuse |
| Adresse : | 15 av. des Broussailles 06400 CANNES |
| Tél : | 04 93 69 70 35 |
| Fax : |  |
| Email : | [m.triscornia@ch-cannes.fr](mailto:m.triscornia@ch-cannes.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | HOPITAL DE CANNES SIMONE VEIL - 15 av. des Broussailles 06400 CANNES | |
| N° siret : | 260600200 00018 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECONOMAT\_FACM | EO |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Mr POLIDORI REGIS - 0493697037 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Mme BERTOLA LAETITIA - 0493697022 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH CANNES | MR POLIDORI REGIS | RESPONSABLE MAGASIN | [r.polidori@ch-cannes.fr](mailto:r.polidori@ch-cannes.fr) | 0493697037 |
| CH CANNES | MME SAUDRAIS PASCALE | DIETETICIENNE | [p.saudrais@ch-cannes.fr](mailto:p.saudrais@ch-cannes.fr) | 0493697062 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : mail : E D I, VIA HOSPITALIS………………………………………**

* **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** |
| **LOT X** | **6 SEMAINES** | **EN SEMAINE**  **DU LUNDI AU VENDREDI**  **ENTRE 8H00 ET 12H00** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 DE CANNES  SIMONE VEIL | 15 AVENUE DES BROUSSAILLES  MAGASIN CENTRAL  QUAI N°4 | 8H00 / 12H00 | OUI  NON | AU SOL | OUI  NON | PAS DE LIVRAISON  EN SEMI-REMORQUE |

**Autres renseignements**