**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**Centre Hospitalier du Haut-Anjou**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1er mars 2026 | 5, 11, 17, 18, 25, 27, 28, 30, 31, 36, 47, 48, 54 et 58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | FLORENTIN Nathalie |
| Fonctions : | Responsable des achats |
| Adresse : | Centre Hospitalier du Haut-Anjou.  1 Quai Georges Lefèvre - 53200 Château Gontier |
| Tél : | 02 43 09 34 05 |
| Fax : | 02 43 09 34 10 |
| Email : | [nflorentin@ch-hautanjou.fr](mailto:nflorentin@ch-hautanjou.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 1 Quai Georges Lefèvre  53200 CHATEAU GONTIER SUR MAYENNE | |
| N° siret : | 26530008700011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SE | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | MEURINE Regis 02.43.09.33.29 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | INZIERE Wendy 02.43.09.34.17 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Centre Hospitalier du Haut-Anjou | MEURINE Regis | Responsable magasin | [mag@ch-hautanjou.fr](mailto:mag@ch-hautanjou.fr) | 02.43.09.33.29 |
| Centre Hospitalier du Haut-Anjou | VENTROU Camille | Diététicienne | [cventrou@ch-hautanjou.fr](mailto:cventrou@ch-hautanjou.fr) | 02 43 09 33 32 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autre (précisez) :** courriel **…………………………………………………………………………**

* **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** | Une fois / mois | Sans exigence | 1 point de livraison = magasin |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 du Haut Anjou | 1 quai Georges Lefèvre  Magasin Général  53200 Château-Gontier | 8h -11h30 | OUI  NON | 82 cm | OUI  NON | aucune |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**