**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH …CLAMECY…………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-12-19-22-24-54- |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Renault Waelti Mégane |
| Fonctions : | Responsable Achat et Logistique |
| Adresse : | 14 Route de Beaugy – 58500 Clamecy |
| Tél : | 0386276101 |
| Fax : |  |
| Email : | m.waeltirenault@ch-clamecy.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 14 route de Beaugy – 58500 Clamecy | |
| N° siret : | 26580006000013 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | [pharmacie@ch-clamecy.fr](mailto:pharmacie@ch-clamecy.fr) – 03 86 60 27 00 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | [economat@ch-clamecy.fr](mailto:economat@ch-clamecy.fr) | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH Clamecy | Marchet Stéphanie | IDE Hygièniste | [s.marchet@ch-clamecy.fr](mailto:s.marchet@ch-clamecy.fr) | 0386276032 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : ……commande mail/internet……………………………………………………………………………………………………………**

* **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** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH Clamecy - Pharmacie | Résidence Boudard 14 route de Beaugy – 58500 Clamecy | 9h/12h – 14h16h30 | OUI  NON |  | OUI  NON | 3.5T préférable |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**