**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH Clermont l’Hérault**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2-3-5-11-12-17-19-21-23-24-26-35 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Sablos Magali |
| Fonctions : | Econome magasinier |
| Adresse : | Cours Chicane - 34800 Clermont l’Hérault |
| Tél : | 04 67 88 85 84 |
| Fax : |  |
| Email : | magali.sablos@hopital-clermont-lherault.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 2 Cours de la Chicane  34800 Clermont l’Hérault | |
| N° siret : | 263 400 129 000 15 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Aucun | Aucun |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Sablos Magali 0467888584 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Emmanuelle VAGNER 04 67 88 85 68 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH Clermont l’Hérault | Sablos Magali | Econome magasinier | [magali.sablos@hopital-clermont-lherault.fr](mailto:magali.sablos@hopital-clermont-lherault.fr) | 0467888584 |
| CH Clermont l’Hérault | Dubourg Emilie | Diététicienne | [Emilie.dubourg@hopital-clermont-lherault.fr](mailto:Emilie.dubourg@hopital-clermont-lherault.fr) | 06 08 14 46 97 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : par mail/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** |
| 2-3-5-11-12-17-19-21-23-24-26-35 | **Plusieurs fois par mois**  **Selon besoin** |  | **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 Clermont l’Hérault | Cours Chicane  34800 Clermont l’Hérault | 7h-12h  13-15h | OUI  NON |  | OUI  NON | Pas de semi |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**