**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH PIERRE DELAROCHE CLISSON**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01 03 2026 | 4 – 11 – 13 – 18 – 22 – 24 – 25 – 28 – 33 – 35 – 52 - 54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | MANNIELLO MARIE |
| Fonctions : | Responsable achats / finances |
| Adresse : | 5 rue Pasteur |
| Tél : | 02 40 80 19 03 |
| Fax : |  |
| Email : | marie.manniello@chu-nantes.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 5 rue Pasteur – 44190 CLISSON | |
| N° siret : | 26440005200017 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  | N° Commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | ROCHARD Stanislas – 02 40 80 19 10 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Marie MANNIELLO – 04 40 80 19 03  DROUET Laurence – 02 40 80 19 19 (poste 5304) | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Hôpital Pierre Delaroche Clisson | Nathalie MAUDET | IDE Hygiéniste | nathalie.maudet@chu-nantes.fr | 02 40 80 19 19 (poste 5316) |
| Hôpital Pierre Delaroche Clisson | Jérôme GUERY | Responsable Etablissement | Jerome.guery@chu-nantes.fr | 02 40 80 19 01 |
| Hôpital Pierre Delaroche Clisson | Stanislas ROCHARD | Responsable restauration | stanislas.rochard@chu-nantes.fr | 02 40 80 19 10 |

* **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** |
| **LOT 5 - 18** | **Tous les mois** | **Lundi ou jeudi** | **1** |
| **Lot 11 – 28 - 54** | **Tous les 2 mois** | **Lundi ou jeudi** | **1** |
| **Lot 22** | **Trimestre** | **Lundi ou jeudi** | **1** |
| **Lot 24 – 35 - 45** | **1 fois par an** | **Lundi ou jeudi** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| HOPITAL PIERRE DELAROCHE CLISSON | RUE DU DOCTEUR DOUSSAIN | 6h30/7h et avant 10h | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**