**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH Jean-Marie Dauzier 19150 CORNIL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5-6-12-16-17-25-26-27-28-30-31-35-47-54-58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BOUNAIX Ludovic |
| Fonctions : | Responsable achats et marchés publics |
| Adresse : | 32 Grand’Rue 19150 CORNIL |
| Tél : | 05 55 93 69 56 |
| Fax : | - |
| Email : | ressourcesphysiques@chg-cornil.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 32 Grand’Rue 19150 CORNIL | |
| N° siret : | 26 190 610 1000 33 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| MAG | N° du bon de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | DA SILVA Patrice – 05 55 93 69 59 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | DEMARET Angélique – 05 55 93 69 51 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH Jean-Marie Dauzier | DA SILVA Patrice | Magasinier | magasin@chg-cornil.fr | 05 55 93 69 59 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : e-mail …………………………………………………………………………………………………………………**

* **Fréquences de livraison et nombre de points de livraison : 1 seul point de livraison = MAGASIN GENERAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  | **Pas de fréquence, commandes passées selon le stock et les besoins** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
|  |  | 7H30-13H | OUI  NON |  | OUI  NON | Sans objet |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**