**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH AUBUSSON**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-16-17-18-19-21-22-23-24-25-26-27-28-30-31-33-34-35-48-50-51-53-54-56-58-59-60 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | GEOFFROY Rachel |
| Fonctions : | Responsable Service Achats et Financier |
| Adresse : | 50, rue Henry Dunant |
| Tél : | 05 55 83 50 50 |
| Fax : |  |
| Email : | rachel.geoffroy@ch-aubusson.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | idem | |
| N° siret : | 262 300 809 000 15 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Aucun | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Dr Nicole LAURENT ou Dr Nathalie TOURNADE  05 55 83 51 43 ou 05 55 83 60 83 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Me Fabienne RAYNAUD  05 55 83 51 11 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH AUBUSSON | Dr N.Laurent | Pharmacien | [Pharmlemont@ch-aubusson.fr](mailto:Pharmlemont@ch-aubusson.fr) | 05.55.83.51.43 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**🗹** **Autres (préciser) : EDI par Hospitalis………………………………………………………………………………………………………**

* **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** | **2 fois par mois** |  | **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 AUBUSSON | Rue H. DUNANT | 8h-13h | OUI  🗹NON |  | 🗹OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**