**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH HAUTE CORREZE USSEL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5-6-7-12-13-18-19-25-28-47-52-54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | PELISSIERE ROSEMARIE |
| Fonctions : | ACHETEUSE |
| Adresse : | 2 AVENUE DU DR ROULLET |
| Tél : | 05.55.96.40.99 |
| Fax : |  |
| Email : | [rm.pelissiere@ch-ussel.fr](mailto:rm.pelissiere@ch-ussel.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 2 avenue du Dr ROULLET | |
| N° siret : | 261 927 503 000 19 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  | X |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Rosemarie PELISSIERE 05.55.96.40.99 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | SERVICE ECONOMIQUE 05.55.96.40.99 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHHC | DALIX ROMANE | DIETETICIENNE | [r.dalix@ch-ussel.fr](mailto:r.dalix@ch-ussel.fr) |  |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : …………email………………………………………………………………………………………………………**

* **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** | **1 fois par mois** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHHC | 2 avenue du Dr Roullet | 7h-13h15/13h45 a 15h | OUI  NON |  | OUI  NON | Hayon obligatoire |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**