**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH DARNETAL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01.03.2026 | 6 ;11 ;17 ;22 ;23 ;24 ;28 ;29 ;53 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BOUGIS Catherine |
| Fonctions : | REFERENT ACHAT |
| Adresse : | 116 RUE LOUIS PASTEUR, 76160, DARNETAL |
| Tél : | 02 32 12 32 38 |
| Fax : |  |
| Email : | [catherine.bougis@chdl-darnetal.fr](mailto:catherine.bougis@chdl-darnetal.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | SERVICE COMPTABILITE CH DARNETAL | |
| N° siret : | **26760183900017** | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| CHDLT3 | SELON BON DE COMMANDE |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | BOUGIS Catherine 02 32 12 32 38 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | CHEN Boya/FAYASS Baraa 02 32 12 32 35 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Centre Hospitalier Durécu Lavoisier | BOUGIS Catherine | REFERENT ACHAT | [catherine.bougis@chdl-darnetal.fr](mailto:catherine.bougis@chdl-darnetal.fr) | 02 32 12 32 38 |
| Centre Hospitalier Durécu Lavoisier | BRETEAU Anais | PHARMACIENNE | [Anais.breteau@chdl-darnetal.fr](mailto:Anais.breteau@chdl-darnetal.fr) | 02 32 12 39 09 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : ………selon bon de commande : envoyer par 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** |
| **TOUS LES LOTS** | 1 FOIS PAR MOIS | **Du lundi au vendredi 9h00-12h00 /14h00-16h00** | **1 POINT DE LIVRAISON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CENTRE HOSPITALIER DURECU LAVOISIER | RECEPTION  Rue François Durécu | **Du lundi au vendredi 9h00-12h00 /14h00-16h00** | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**