**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHCBE - CH DE CAPESTERRE BELLE EAU**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5-12-17-22-24-25-28-36-48-54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | NAVY Colette |
| Fonctions : | Responsable du Service Economique |
| Adresse : | Bananier / Saint-Sauveur – 97130 CAPESTERRE BELLE-EAU |
| Tél : | 0590 55 9900 |
| Fax : | / |
| Email : | contact@chcbe-gpe.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Bananier / Saint-Sauveur – 97130 CAPESTERRE BELLE-EAU | |
| N° siret : | 269 710 430 00076 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SE130 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Mme Lydia ONAPIN, 0590 55 99 24 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | M. Gabriel LUISSINT, 0590 55 99 26 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| **CHCBE** | Savana LAURENT | Diététicienne | [savana.laurent@chcbe-gpe.fr](mailto:savana.laurent@chcbe-gpe.fr) | **0590559963** |
| **CHCBE** | Staecy HUBBEL | Diététicienne | [staecy.hubbel@chcbe-gpe.fr](mailto:staecy.hubbel@chcbe-gpe.fr) | **0590539230** |
| **CHCBE** | Lucile DUHAMEL | Pharmacienne | [lucile.duhamel@chcbe-gpe.fr](mailto:lucile.duhamel@chcbe-gpe.fr) | **0590559088** |
| **CHCBE** | Marc BARTHELEMY | Pharmacien | [marc.barthelemy@chcbe-gpe.fr](mailto:marc.barthelemy@chcbe-gpe.fr) | **0590559088** |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres : 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** |
| **LOT X** | **Tous les trimestres** | **Néant** | **1** |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHCBE | Bananier / Saint-Sauveur – 97130 CAPESTERRE BELLE-EAU | 8h-16h | OUI | 1m | OUI | non |

**Autres renseignements :**  Livraison à la PUI