**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH Roland MAZOIN de Saint-Junien**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1-5-9-12-13-17-19-21-24-25-27-28-30-31-33-35-48-50-54-55-56-60 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | DARSCONNAT Murielle (temporairement, jusqu’à recrutement d’un remplaçant) |
| Fonctions : | Responsable des Services Intérieurs |
| Adresse : | 12 Rue Chateaubriand - 87200 SAINT-JUNIEN |
| Tél : | 05 55 43 50 15 |
| Fax : |  |
| Email : | Murielle.darsconnat@ch-stjunien.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 12 Rue Chateaubriand - 87200 SAINT-JUNIEN | |
| N° siret : | 26871540600016 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| MPHAR ou PHARM | N° DE LA COMMANDE |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | RIBETTE Vanessa - 05 55 43 53 76 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | HONORE Stéphanie - 05 55 43 50 22 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH Roland MAZOIN | CHASSEUIL Elodie | Praticien Pharmacien | [Elodie.chasseuil@ch-stjunien.fr](mailto:Elodie.chasseuil@ch-stjunien.fr) | 05 55 43 50 04 |
| CH Roland Mazoin Saint Junien | GUITARD Marjolaine | Diététicienne | [Marjolaine.guitard@ch-stjunien.fr](mailto:Marjolaine.guitard@ch-stjunien.fr) | 05 55 43 50 66 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone 🗹 Télécopie  Courrier 🗹 Internet**

**🗹** **Autres (préciser) : …Hospitalis E.D.I.………………………………………………………………………………………………………………**

* **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 hors weekends et jours fériés** | **1 - pharmacie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 roland Mazoin Saint junien | 12 rue Chateaubriand  87200 SAINT JUNIEN | 8H30 – 12H00  13H00 – 16H30 | OUI  **🗹**NON |  | **🗹** OUI  NON | Pas de 19 T |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**