**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH des Pyrénées**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 6 – 7 – 11 – 17 – 25 – 27 – 33 – 36 – 42 – 47 – 51 – 54 – 58 – 60 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | DINDART |
| Fonctions : | Attachée d’administration hospitalière |
| Adresse : | Centre hospitalier des Pyrénées - Direction des approvisionnements et de la logistique  29 avenue du Général Leclerc - 640039 PAU Cedex |
| Tél : | 05 59 80 90 82 |
| Fax : | 05 59 80 95 02 |
| Email : | catherine.dindart@chpyr.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre hospitalier des Pyrénées - Direction des approvisionnements et de la logistique  29 avenue du Général Leclerc - 640039 PAU Cedex | |
| N° siret : | 266 405 612 000 18 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| E1 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | GONCALVES Roseline – 05 59 80 91 66 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | GONCALVES Roseline – 05 59 80 91 66 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Centre hospitalier des Pyrénées | VIERGE Rémy | Responsable SDA | remy.vierge@chpyr.fr | 05 59 80 90 91 |
| Centre hospitalier des Pyrénées | SANTOLARIA Christophe | Responsable restauration | christophe.santolaria@chpyr.fr | 05 59 80 91 21 |
| Centre hospitalier des Pyrénées |  |  | alertesda.chp@chpyr.fr |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : 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** |
| 6 – 7 – 11 – 17 – 25 – 27 – 33 – 36 – 42 – 47 – 51 – 54 – 58 – 60 | **2 fois par semaine** | **Lundi et jeudi** | Centre hospitalier des Pyrénées – UCR Pau |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 des Pyrénées | 29 avenue du Général Leclerc – 64000 PAU | 7h00 à 13h00 | OUI  NON | 1m10 | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**