**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH …DRAGUIGNAN…..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| Dès la notification du marché – 01/03/2026 | 59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | AUCLERT PINCHON ANAIS |
| Fonctions : | Directrice en charge des Achats , de la Logistique et de la Qualité / RAE |
| Adresse : | Centre Hospitalier de la Dracénie, route de Montferrat – BP 249 - 83007 DRAGUIGNAN cedex |
| Tél : | 0494605354 |
| Fax : |  |
| Email : | anais.auclertpinchon@ch-draguignan.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | **CH DE LA DRACENIE**  **DIRECTION DES FINANCES ET DE LA PERFORMANCE**  **ROUTE DE MONTFERRAT - BP 249 - 83007 DRAGUIGNAN CEDEX** | |
| N° siret : | 26830021700018 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| DARLT\_CP |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | COLLART STEPHANIE 0494605602 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | VALLEE MICHELE 0494605077 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHD | CHARLOTTE MICHEL | RESPONSABLE DIETETIQUE | [charlotte.michel@ch-draguignan.fr](mailto:charlotte.michel@ch-draguignan.fr) | 0494605337 |
| CHD | ANAIS AUCLERT PINCHON | DIR. ADJ. RESP. DE LA RESTAU. | [anais.auclertpinchon@ch-draguignan.fr](mailto:anais.auclertpinchon@ch-draguignan.fr) | 0494605503 |
| CHD | PHILIPPE TOBIA | RAE | [philippe.tobia@ch-draguignan.fr](mailto:philippe.tobia@ch-draguignan.fr) | 0494605635 |

* **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** |
| **LOT 59** | **1 FOIS PAR SEMAINE** |  | **MAGASIN ALIMENTAIRE** |
| **FARINES INFANTILES** |  |
| **NUTRITION INFANTILE 4-6 MOIS LEGUMES** |  |
| **NUTRITION INFANTILE 4-6 MOIS LEGUMES AB** |  |
| **NUTRITION INFANTILE DESSERTS AUX FRUITS** |  |
| **NUTRITION INFANTILE DESSERT AUX FRUITS AB** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHD | Centre Hospitalier de la Dracénie, route de Montferrat – BP 249  83007 DRAGUIGNAN cedex | 07H00-08H00 | OUI  NON |  | OUI  NON | PAS DE SEMI REMORQUE |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**