**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH DU ROUVRAY**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2, 3, 9, 12, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 48, 51, 53, 55, 56, 58, 60 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | MALLET PIERRE |
| Fonctions : | RESPONSABLE ACHATS |
| Adresse : | 4 RUE PAUL ELUARD  76300 SOTTEVILLE-LES-ROUEN |
| Tél : | 02 32 95 12 84 |
| Fax : |  |
| Email : | Pierre.mallet@ch-lerouvray.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 4 RUE PAUL ELUARD  76300 SOTTEVILLE-LES-ROUEN | |
| N° siret : | 267 602 175 00015 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Ec | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | AUBERT BRUNO / LIARD SEBASTIEN  02 76 67 62 14 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | BRETON CHRISTOPHE  02 32 95 12 85 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH DU ROUVRAY | AUBERT BRUNO / LIARD SEBASTIEN |  |  | 02 76 67 62 14 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : ………PAR MAIL** [**bruno.aubert@ch-lerouvray.fr**](mailto:bruno.aubert@ch-lerouvray.fr)[**sebastien.liard@ch-lerouvray.fr**](mailto:sebastien.liard@ch-lerouvray.fr)

**…………………………………………………………………………………………………………**

* **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** |
| 2, 3, 9, 12, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 48, 51, 53, 55, 56, 58, 60 | **3 FOIS SEMAINE** | * **Lundi** * **Mercredi** * **Vendredi** | **1 point = quai 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 du Rouvray | 4, rue Paul Eluard – 76300 Sotteville lès Rouen | 7h30-11h30 | OUI  NON |  | OUI  NON | Toutes tailles mais toujours hayon et transpalette |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**