**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH ERDRE ET LOIRE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 6-7-9-11-12-13-17-21-24-25-26-28-30-31-36-47-51-53-58-59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | MULLER Denis |
| Fonctions : | Directeur des Achats, de la Logistique et des Travaux |
| Adresse : | 160 Rue du Verger – 44 156 ANCENIS |
| Tél : | 02 40 09 44 02 |
| Fax : | 02 40 09 42 97 |
| Email : | Denis.muller@ch-erdreloire.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Services des Achats et de la Logistique :  160 Rue du Verger – 44156 ANCENIS | |
| N° siret : | 200 073 047 00017 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| AECO | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Service magasin général – Mr CLAIRE Didier 02 40 09 44 87 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Services économiques : 02 40 09 44 02 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Centre Hospitalier Erdre et Loire | Mr CLAIRE DIDIER | Service Magasin Général | [Magasin.ancenis@ch-erdreloire.fr](mailto:Magasin.ancenis@ch-erdreloire.fr) | 02 40 09 44 87 |
| Centre Hospitalier Erdre et Loire | Mme SEITE Marylène | Diététicienne | [Marylene.seite@ch-erdreloire.fr](mailto:Marylene.seite@ch-erdreloire.fr) | 02 40 09 44 85 |
| Centre Hospitalier Erdre et Loire | Mme VION Mathilde | Pharmacienne Hospitalier | [Mathilde.vion@ch-erdreloire.fr](mailto:Mathilde.vion@ch-erdreloire.fr) | 02 41 92 34 13 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier X Internet**

**Autres (préciser) : …………………………………………………………………………………………………………………**

* **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** | **1 fois par quinzaine** |  | **Magasin général** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 Erdre et Loire | 160 Rue du Verger  44156 ANCENIS | 08H15/16H00 | X OUI  NON |  | X OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**