**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH ESQUIROL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| Début d’année 2026 | 2-6-11-18-19-25-28-30-31-33-36-47-51-53-56-59-60 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | GUINET ELODIE |
| Fonctions : | Attachée d’Administration Hospitalière |
| Adresse : | 15 rue du Dr Raymond Marcland – BP 61730 – 87025 LIMOGES CEDEX |
| Tél : | 05 55 43 10 39 |
| Fax : |  |
| Email : | achatsght@ch-esquirol-limoges.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 15 rue du Dr Raymond Marcland – BP 61730 – 87025 LIMOGES CEDEX | |
| N° siret : | 26870850000015 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| FACTURES\_FINAN\_AVENGAGEMENT | DATE/CUI/NUMERO |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Magasin Central – 05 55 43 10 52 – depense@ch-esquirol-limoges.fr | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Direction des Affaires Financières – 05 55 43 10 40 – facturesfinances@ch-esquirol-limoges.fr | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH ESQUIROL | Kévin LEGASTELOIS | Responsable Magasin Central | depense@ch-esquirol-limoges.fr | 05 55 43 10 52 |
| CH ESQUIROL | Yannick BERNARD | Responsable Cuisine | cuisine@ch-esquirol-limoges.fr | 05 55 43 10 50 |
| CH ESQUIROL | Sébastien Daccord | Adjoint au Responsable Cuisine | cuisine@ch-esquirol-limoges.fr | 05 55 43 10 50 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : MAIL avec accusé de réception si possible…………………………………………………………………………………**

* **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** |
| 2-6-11-18-19-25-28-30-31-33-36-47-51-53-56-59-60 | **Maximum 2 / semaine** | **Le mercredi si possible** | **1 le magasin central** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH ESQUIROL | 15 rue du Dr Raymond Marcland – BP 61730 – 87025 LIMOGES CEDEX | 7h / 11h30 | OUI  NON | 60 cm | OUI  NON | Pas de contraintes |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**