**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH EXCIDEUIL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3 ;4 ;5 ;7 ;12 ;17 ;19 ;23 ;25 ;28 ;36 ;47 ;48 ;49 ;51 ;53 ;58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | REBEYROL Marlène |
| Fonctions : | Service Economique |
| Adresse : | 2 place André Maurois 24160 Excideuil |
| Tél : | 05.53.62.27.85 |
| Fax : | 05.53.62.27.01 |
| Email : | achats@hopital-excideuil.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 2 place André Maurois 24160 Excideuil | |
| N° siret : | 26240571500018 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ACHAT |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | REBEYROL MARLENE | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | REBEYROL MARLENE | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CENTRE HOSPITALIER EXCIDEUIL | Mme HUSSON Sandrine | Diététicienne | [dieteticienne@hopital-excideuil.fr](mailto:dieteticienne@hopital-excideuil.fr) | 05.53.62.27.88 |
| CENTRE HOSPITALIER EXCIDEUIL | Mme GOUDAL Sandrine | Qualiticienne | [qualite@hopital-excideuil.fr](mailto:qualite@hopital-excideuil.fr) | 05.53.62.27.87 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  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** |
| **LOTS** |  |  |  |
| 3 ;4 ;5 ;7 ;12 ;17 ;19 ;23 ;25 ;28 ;36 ;47 ;48 ;49 ;51 ;53 ;58 | **1 fois par mois** |  | **1 (Magasin cuisine)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 D’EXCIDEUIL | 2 Place André Maurois 24160 Excideuil | 9h00 – 15h00 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**

Bien préciser livraison service diététique