**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH ……FALAISE………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-4-12-19-21-25-28-29-30-31-35-44-48-52-54-56-58-59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | SOULARD |
| Fonctions : | RESPONSABLE LOGISTIQUE |
| Adresse : | BOULEVARD DES BERCAGNES |
| Tél : | 0231404186 |
| Fax : | 0231404086 |
| Email : | magasin@ch-falaise.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : |  | |
| N° siret : |  | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 1 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | SOULARD EDOUARD 0231404186 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | THOMINE MARIE-LAURE 0231404716 OU 0231404186 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH FALAISE | SOULARD EDOUARD | RESPONSABLE LOGISTIQUE | magasin@ch-falaise.fr | 0231404186 |
| CH FALAISE | NOEL SOPHIE | DIET | Sophie,noel@ch-falaise.fr | 0231404718 |

* **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 X** | **5 jours semaine** | **Du lundi au vendredi** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH FALAISE | BOULEVARD DES BERCAGNES | 8H-12H / 13H-15H30 | OUI  NON | MOBILE | OUI  NON | 12 TONNES, EVITER SI POSSIBLE SEMI MAIS POSSIBLE D’ACCES |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**