**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHI DU PAYS DES HAUTES FALAISES**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 9-20-23 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | TAURIN STEPHANE |
| Fonctions : | PHARMACIEN |
| Adresse : | 100 AVENUE DU PRESIDENT FRANCOIS MITTERRAND 76400 FECAMP |
| Tél : | 02 35 10 90 13 |
| Fax : |  |
| Email : | Stephane.taurin@ch-fecamp.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 100 AVENUE DU PRESIDENT FRANCOIS MITTERRAND 76400 FECAMP | |
| N° siret : | 26760172200197 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SERV\_ECO\_FACM |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | BUONOMANO THOMAS 02 35 10 90 18  ANQUETIL SOPHIE 02 35 10 90 10 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | SERVICE ECONOMAT economat@ch-fecamp.fr | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHI DU PAYS DES HAUTES FALAISES | TAURIN STEPHANE | PHARMACIEN | [Stephane.taurin@ch-fecamp.fr](mailto:Stephane.taurin@ch-fecamp.fr) | 02 35 10 90 13 |
| CHI DU PAYS DES HAUTES FALAISES | SIERON JUSTINE | INGENIEUR LOGISTIQUE | [Justine.sieron@ch-fecamp.fr](mailto:Justine.sieron@ch-fecamp.fr) | 02 35 10 91 21 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : par 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** |
| **Tous les lots** | **Une fois par mois** | **Du lundi au vendredi, de 7h30 à 15h00** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 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 Pays des Hautes Falaises | 100, avenue du Président François Mitterrand  76 400 Fécamp | 7h30 à 15h00 | OUI  NON | Pas de quai | OUI  NON | Pas de contrainte de taille de véhicule, juste hayon obligatoire |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**