**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH FOUGERES**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1er mars 2026 | 3/7/11/12/17/21/24/25/26/27/30/31/32/36/47/48/50/51/54/59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BARDOUX Catherine |
| Fonctions : | Acheteur |
| Adresse : | 133 rue de la Forêt – 35306 Fougères |
| Tél : | 02 99 17 70 26 |
| Fax : | 02 99 17 70 71 |
| Email : | cbardoux@ch-fougeres.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre Hospitalier de Fougères – Service Achats – 133 rue de la Forêt – CS 20606 – 35306 FOUGERES | |
| N° siret : | 263 500 084 00011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 3A\_ALIMENTAIRE | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | BARDOUX Catherine 02 99 17 70 26 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | BARDOUX Catherine - 02 99 17 70 26 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Centre Hospitalier de Fougères | Catherine BARDOUX | Gestionnaire | [cbardoux@ch-fougeres.fr](mailto:cbardoux@ch-fougeres.fr) / achat@ch-fougeres.fr | 02 99 17 70 26 |
| Centre Hospitalier de Fougères | Service Diététique | Diététicienne | dietetique@ch-fougeres.fr | 02 99 17 72 05 |

* **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 3 – 7 – 11 – 12 – 17 - 21 – 24 – 25 – 36 – 47 – 48 – 50 – 51 -54** | **1 fois tous les 2 mois** |  | 1 seul point de livraisons : MAGASIN Alimentaire  – Entrée par les Urgences – rue Mélouin – 35300 fougères |
| **LOT 27 – 30 – 31 – 32** | **1 fois tous les 3 mois** |  | 1 seul point de livraisons : MAGASIN Alimentaire  – Entrée par les Urgences – rue Mélouin – 35300 fougères |
| **LOT 59** | **2 fois par an** |  | 1 seul point de livraisons : MAGASIN Alimentaire  – Entrée par les Urgences – rue Mélouin – 35300 fougères |

* 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 de fougères | Magasin Alimentaire – Entrée rue Mélouin (par les Urgences) | LIVRAISON ENTRE 8HOO ET 12H00. | OUI  ☒ NON |  | ☒OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**