**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH FOURMIES……………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BAUDRY |
| Fonctions : | Assistante Achat |
| Adresse : | Rue de l’Hôpital 59610 FOURMIES |
| Tél : | 03.27.56.47.14 |
| Fax : | 03.27.56.51.40 |
| Email : | Christelle.baudry@ch-fourmies.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Idem | |
| N° siret : | |  | | --- | | 265 906 859 000 11 | | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECONOMAT | Numéro de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Mme Baudry Christelle 03.27.56.47.14 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Mr Loiseleux Patrick 03.27.56.47.12 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH FOURMIES | Mme Lamant | Hygiéniste | [Sandrine.lamant@ch-fourmies.fr](mailto:Sandrine.lamant@ch-fourmies.fr) |  |
|  |  |  |  |  |

* **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 59** | **Du lundi au vendredi selon les demandes de 8h/12h 14h/16h** |  | **1 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 FOURMIES | RUE DE L HOPITAL 59610 FOURMIES | 8H/12H 14H/16H | OUI  X NON |  | OUI  XNON | NON |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**