**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH Gournay en Bray**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3.11.17.22.23.24.28.35.47.52.54.58.59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Ozenne Alicia |
| Fonctions : | Pharmacien |
| Adresse : | 30 avenue 1ère armée française 76220 Gournay en Bray |
| Tél : | 02.32.89.90.77 |
| Fax : | 02.35.90.57.86 |
| Email : | [Alicia.Ozenne@chu-rouen.fr](mailto:Alicia.Ozenne@chu-rouen.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 30 avenue 1ère armée française 76220 Gournay en Bray | |
| N° siret : | 267 601 631 000 18 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Néant | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Anzi Christine 02.32.89.90.77 (Pharmacie) ou  Bellay Stéphanie 02.32.89.90.67 (Cuisine) | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Marié Clémence 02.32.89.96.16 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Ch Gournay en Bray | Ozenne Alicia | Pharmacien | [Alicia.Ozenne@chu-rouen.fr](mailto:Alicia.Ozenne@chu-rouen.fr) | 02.32.89.90.77 |
| Ch Gournay en Bray | Bellay Stéphanie | Responsable cuisine | [Stephanie.bellay@ch-gournay.fr](mailto:Stephanie.bellay@ch-gournay.fr) | 02.32.89.90.67 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone x Télécopie  Courrier x 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** |
| **LOT 3, 11, 17, 22, 23, 24,28, 35, 47,52, 54,** | **1x/mois** |  | **1 Service (Pharmacie)** |
| **Lot 58, 59** | **1x/mois** |  | **1 Service (Cuisine)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH Gournay en Bray | Avenue des anciens combattants | 8h30-12h30 13h30-16h00 | OUI  x NON | Néant | XOUI  NON | 19 tonnes max |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**