**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH DE GRASSE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marchée : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-5—6-7-9-10-11-12-13-16-17-19-22-28-31-32-33-36-47-54-56-59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Nini |
| Fonctions : | Responsable achats |
| Adresse : | Chemin de clavary – 06335 GRASSE |
| Tél : | 04 93 09 53 30 |
| Fax : |  |
| Email : | s.nini@ch-grasse.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation: | Chemin de Clavary BP 53149  06135 GRASSE CEDEX | |
| N° siret : | 26060017600010 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 1081 | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Sarah NINI 04 93 09 53 30 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Sarah NINI 04 93 09 53 30 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH DE GRASSE | NINI | Responsable achats | s.nini@ch-grasse.fr | 04 93 09 53 30 |
| CH DE GRASSE | BLANC | Cadre service Diet | a.blanc@ch-grasse.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** |
| 3-5—6-7-9-10-11-12-13-16-17-19-22-28-31-32-33-36-47-54-56-59 | **mensuel** | **Du lundi au vendredi uniquement** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH GRASSE | MAGASIN GENERAL | 8h-16h | OUI  NON |  | OUI  NON | PAS DE SEMI REMORQUE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**

prendre rdv pour la livraison