**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH HAUTE GIRONDE DE BLAYE……………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 7 pour la pharmacie/ 4 lots pour le magasin  Lots 3-4-5-11-19-30-33-36-45-47-51 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | CINQ-FRAIX // ARNAUD |
| Fonctions : | Services éco / pharmacie |
| Adresse : | 97 rue de l’Hopital – 33390 BLAYE |
| Tél : | 05/57/33/51/04 // 05/57/33/40/12 |
| Fax : |  |
| Email : | [j.cinqfraix@chblaye.fr](mailto:j.cinqfraix@chblaye.fr) / / [pharmacie@chblaye.fr// serviceeco@chblaye.fr](mailto:pharmacie@chblaye.fr//%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20serviceeco@chblaye.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 97 rue de l’Hopital – 33390 BLAYE | |
| N° siret : | 26 33 056 017 000 15 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| DESLT |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | CINQ-FRAIX - 05/57/33/51/04 // ARNAUD - 05/57/33/40/12 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | [serviceeco@chblaye.fr](mailto:serviceeco@chblaye.fr) | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  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** |
| **3- 4-5-11-19-45-47** | **Selon la commande effectuée** | **Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30** | **Service pharmacie** |
| **30-33-36-51** | **Selon la commande effectuée** | **Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30** | **Magasin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH HAUTE GIRONDE | Service Pharmacie  97 rue de l’hôpital - 33390 BLAYE | Lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 | OUI  NON |  | OUI  NON | aucun |
| CH HAUTE GIRONDE | MAGASIN  97 rue de l’hôpital - 33390 BLAYE | Lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 | OUI  NON |  | OUI  NON | aucun |

**Autres renseignements**