**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**EHPAD ST SAUVEUR 21500 ……………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 12/21/27/28/35/58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | GAUDUBOIS |
| Fonctions : | CHEF DE CUISINE |
| Adresse : | 8 PLACE DE L’HOPITAL21500 MOUTIERS ST JEAN |
| Tél : | 0380899295 |
| Fax : |  |
| Email : | Sebastien.gaudubois@ehpad-moutiers.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 8 place de l’hopital 21500 moutiers st jean | |
| N° siret : | 26210012600016 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | GAUDUBOIS SEBASTIEN 03 80 89 92 95 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | THOMAS MALLORY 03 80 89 65 19 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| EHPAD ST SAUVEUR | GAUDUBOIS SEBASTIEN | CHEF DE CUISINE | Sebastien.gaudubois@ehpad-moutiers.fr | 0380899295 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**x  Téléphone  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 21** | **1 FOIS/SEMAINE** |  | **1** |
| **12/27/28/35/58** | **1 FOIS/MOIS** |  | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| EHPAD ST SAUVEUR | 8PLACE DE l’HOPITAL21500 MOUTIERS ST JEAN | 6H30/11H00 | X OUI  NON |  | X OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**