**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH ISLE SUR SORGUE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5-12-17-22-24-25-26-28-48-52-53-58-59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | SOURON CHANTAL |
| Fonctions : | RESPONSABLE DU MAGASIN |
| Adresse : | RUE ALPHONSE BENOIT |
| Tél : | 04 90 21 35 88 |
| Fax : |  |
| Email : | c.souron@hopital-islesursorgue.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | CENTRE HOSPITALIER ISLE SUR LA SORGUE | |
| N° siret : | 268 400 116 00011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | SOURON CHANTAL 04 90 21 35 88 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | ROCHETTE HELENE 04 90 21 34 04 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH ISLE SUR LA SORGUE | PERELLI Victor | DIRECTEUR ADJOINT | [v.perelli@hopital-islesursorgue.fr](mailto:v.perelli@hopital-islesursorgue.fr) | 04 90 21 34 92 |
| CH ISLE SUR SORGUE | PELTIER CHRISTOPHE | RESPONSABLE CUISINE | [c.peltier@hopital-islesursorgue.fr](mailto:c.peltier@hopital-islesursorgue.fr) | 04 90 21 34 40 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : bon de commande envoyé par 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** |
| **Tous les lots pour lesquels nous sommes inscrits** | **Normalement pas plus d’une fois par mois** | **Tous les matins sauf week-end de 8 h à 11 h20.** | **1 seul , le 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 Isle sur la sorgue | Rue Alphonse Benoit | 8 h – 11 h 20 | NON |  | OUI | Petit camion car pont interdit au plus de 3 T 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**