**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH LAMALOU LES BAINS**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01-03-2026 | 3-11-17-22-24-25-28-51-54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | TORAL MILLAN ANAIS ou JAUMOT LAURENCE |
| Fonctions : | ACHETEUR |
| Adresse : | 5 AV GEORGES CLEMENCEAU – 34240 LAMALOU LES BAINS |
| Tél : | 04 67 23 56 25 – 04 67 23 56 24 |
| Fax : |  |
| Email : | economat@hopital-lamalou.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | IDEM | |
| N° siret : | 26340072300015 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECONOMAT |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | IDEM | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | IDEM | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH LAMALOU | Mr michels romin | Resp-cuisine |  | 04 67 23 55 00 |
|  | Rouviere jerome | magasin | [magasin@hopital-lamalou.fr](mailto:magasin@hopital-lamalou.fr) | 04 67 23 56 26 |

* **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 – 11 – 17 – 22 – 24 – 25 – 28 – 51 - 54** | **2 fois par semaine** | **Jeudi et vendredi** | **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 PAUL COSTE FLORET | 5 AV GEORGES CLEMENCEAU | 8H – 17H | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**