**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**Centre Hospitalier de Lanmary**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1er mars 2026 | N°1 ,2,5,12,13,21,22, 25,30,31,36,44,51,53,56 et N°28,51,58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | S. CABIE |
| Fonctions : | Pharmacienne |
| Adresse : | 2140 route Simone Veil 24420 Antonne et Trigonant |
| Tél : | 05 53 03 88 73 |
|  |  |
| Email : | pharmacie@ch-lanmary.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 2140 route Simone Veil 24420 Antonne et Trigonant | |
| N° siret : | 26240592100012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Pas de code service | - |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | B. LOPEZ (pharmacie) M. ARILLO (magasin)  0553038898 0553038890 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | N. GAUTRON 05 53 03 89 49 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH LANMARY | C. NICOLAS | DIETETICIENNE | [cnicolas@ch-lanmary.fr](mailto:cnicolas@ch-lanmary.fr) | 05 53 03 88 65 |
| CH LANMARY | F. HADIDI | DIETETICIENNE | [fhadidi@ch-lanmary.fr](mailto:fhadidi@ch-lanmary.fr) | 05 53 03 88 65 |

* **Modalités de commande :**

**X Téléphone X Télécopie  X Courrier  X Internet**

**Autres (préciser) : …………………………………………………………………………………………………………………**

* **Fréquences de livraison et nombre de points de livraison :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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 N°28 PREPARATION CEREALIERE** | | **LOT N°51 EAUX GELIFIEES** | | **LOT N° 58 EDULCORANTS** | | |  | | --- | | **3 FOIS PAR AN** | | **1 FOIS PAR MOIS** | | **1 FOIS PAR MOIS** | |  | |  | | --- | | **1** | | **1** | | **1** | |
|  |  |  |  |
| **Selon besoin pour la pharmacie** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH de LANMARY (magasin) | 2140 route Simone Veil  24420 Antonne et Trigonant | 10h00 – 16h00 | OUI |  | OUI |  |
| CH de LANMARY (pharmacie) | 2140 route Simone Veil  24420 Antonne et Trigonant | 8h30 17h30 | NON |  | NON |  |

**Autres renseignements**