**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH LAVAL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1er mars 2026 | 3, 5, 11, 13, 17, 22, 25, 26, 27, 28, 36, 42, 43, 47, 48, 49, 51, 54, 58, 59, 63, 64 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Stéphanie JOUAN |
| Fonctions : | Achats alimentaires |
| Adresse : |  |
| Tél : | 02 43 66 51 59 |
| Fax : |  |
| Email : | [economat.alimentation@chlaval.fr](mailto:economat.alimentation@chlaval.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL | |
| N° siret : | 26530023600014 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ALIMENTATION |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Christian ANGOUJARD Tél : 02 43 66 50 17 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Stéphanie JOUAN Tél : 02 43 66 51 59 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL | Service diététique |  | [dietetique@chlaval.fr](mailto:dietetique@chlaval.fr) |  |

* **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** |
| **LOT X** | **2 par semaine** | **Lundi au Vendredi**  **De 8h30 à 12h et de 13h30 à 15h30** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL – MAGASIN GENERAL | 33, RUE DU HAUT ROCHER CS91525 53015 LAVAL CEDEX | De 8h30 à 12h et de 13h30 à 15h30 | NON | NON | OUI  NON | NON |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**