**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH ……LE LUDE………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3 – 12 – 17 – 18 – 26 – 28 – 36 – 48 – 54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BREHIER |
| Fonctions : | REFERENT ACHAT |
| Adresse : | 93 RUE DE L’HOPITAL 72800 LE LUDE |
| Tél : | 0249212007 |
| Fax : |  |
| Email : | [achat@hopital-lude.com](mailto:achat@hopital-lude.com) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 93 RUE DE L’HOPITAL 72800 LE LUDE | |
| N° siret : | 26720020200013 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| x | x |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Bureau alexandre 02 43 48 48 49 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Brehier ophelie 02 49 21 20 07 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Hopital francois de daillon | Mr bureau alexandre | Responsable cuisine | [cuisineresp@hopital-lude.com](mailto:cuisineresp@hopital-lude.com) | 0243484849 |
| Hopital francois de daillon | Béatrice MOUZET, | diététicienne | [dieteticienne@hopital-lude.com](mailto:dieteticienne@hopital-lude.com) | 02 43 48 48 48 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  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** |
| **CNO et enrichissement** | **1fois/15jours** | **non** | **1** |
| **Eaux epaissies, poudre..** | **1fois/mois** | **non** | **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 montval sur loir : Pharmacie | [5 All. Saint-Martin, 72500 Montval-sur-Loir](https://www.google.com/maps/place/data=!4m2!3m1!1s0x47e2c3fb3cfcd4d3:0xf1bbb0209cb40716?sa=X&ved=1t:8290&ictx=111) | 08h-16h | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
| Ch le lude : Cuisine | 93 rue de l’hopital 72800 le lude | 07h-12h | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
| Ch le lude : magasin | 93 rue de l’hopital 72800 le lude | 07h30-12h /14h-16h | OUI  NON |  | OUI  NON |  |

**Autres renseignements**