**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH –Centre de Soins et de Réadaptation LES TILLEROYES**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| Le 1er MARS 2026 | 5-6-12-18-19-25-30-31-32-36-47-52-54-56-58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Mme Emilie LEBON |
| Fonctions : | Responsable Services Economiques, Financiers, logistiques |
| Adresse : | 46 B, Chemin du Sanatorium - 25030 – BESANCON CEDEX |
| Tél : | 03 81 41 60 60 |
| Fax : | 03 81 41 60 61 |
| Email : | [comptabilité@cdstilleroyes.fr](mailto:comptabilité@cdstilleroyes.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 46 B, Chemin du Sanatorium 25030 BESANCONC CEDEX | |
| N° siret : | 2 62 50 177 8 000 19 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| FACTURES DIVERSES |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Julie SAHITI - 03 81 41 60 31 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Sandrine PERUCCHINI 03 81 41 6073 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CENTRE DE SOINS ET DE READAPTATION LES TILLEROYES | Mme SAMIN-REMOND Priscille | CADRE DE SANTE | [alerte@cdstilleroyes.fr](mailto:alerte@cdstilleroyes.fr) | 03 81 41 59 97 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

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

* **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** | **DU lundi au Mercredi** |  | **1 : MAGASIN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CENTRE DE SOINS ET DE READAPTATION LES TILLEROYES | 46 B, Chemin du Sanatorium | 7 H 30 – 12 H  13 H 30 – 16 H  MERCREDI : 10 H – 16 H | OUI  NON |  | OUI  NON | PAS DE CAMION AVEC REMORQUE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**