**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH LODEVE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1-4-11-19-21-28-48-53-58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | AGUSSOL Chantal |
| Fonctions : | RESPONSABLE ACHATS |
| Adresse : | CH LODEVE 13 BD PASTEUR 34700 LODEVE |
| Tél : | 04 67 88 30 03 |
| Fax : | 04 67 88 30 08 |
| Email : | serviceecof@hopital-lodeve.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | CH LODEVE 13 BD PASTEUR 34700 LODEVE | |
| N° siret : | 26340014500011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| PAS DE CODE SERVICE |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | THOMAS Clément 04 67 88 30 06 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | STURZEL Virgil 04 67 88 30 50 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH LODEVE | THOMAS Clément | RESPONSABLE RESTAURATION | cuisine@hopital-lodeve.fr | 04 67 88 30 60 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**X Téléphone X Télécopie  Courrier X 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** |
| **LOT X** | **2 FOIS PAR MOIS** |  | **1 (cuisine)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH LODEVE | 13 BD PASTEUR 34700 LODEVE | DE 7H A 12H | OUI  X NON |  | X OUI  NON | MAXI 9 TONNES |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**