**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH LOIRE VENDEE OCEAN**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2, 5, 6, 11, 19, 22, 25, 28, 33, 36, 47, 51, 54, 58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | MME CHABIRON Nathalie |
| Fonctions : | Directrice des Ressources Matérielles et du Patrimoine |
| Adresse : | Boulevard Guérin 85300 CHALLANS |
| Tél : | 02 51 49 50 62 |
| Fax : | 02 51 49 60 64 |
| Email : | sec.dae@ch-lvo.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre Hospitalier Loire Vendée Océan - Service DRMP-Boulevard Guérin - 85302 CHALLANS Cedex | |
| N° siret : | 268 504 453 00013 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| DRM |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | RAGER Frédéric - 02 51 49 63 40  frederic.rager@ght85.fr | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | COSSON Laurence – 02 51 49 52 54  laurence.cosson@ght85.fr | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHLVO | GALIBERT David | Responsable Restauration | [david.galibert@ght85.fr](mailto:david.galibert@ght85.fr) | 02 51 49 50 76 |
| CHLVO | RAGER Frédéric | Second de cuisine | [frederic.rager@ght85.fr](mailto:frederic.rager@ght85.fr) | 02 51 49 63 40 |

* **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** |
| **2** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **5** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **6** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **11** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **19** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **22** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **25** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **28** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **33** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **36** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **47** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **51** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **54** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |
| **58** | **Toutes les 3 semaines** | **Non** | **1 point magasin Cuisine Challans** |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHLVO | Boulevard Guérin 85300 CHALLANS | 7h00-11h00 | OUI | FIXE – 55 CM | OUI  IMPERATIF | NON |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**