**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH Maurice Selbonne (97125 Bouillante) - GHT Guadeloupe**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2-3-4-5-6-7-12-17-19-20-25-28-35-36-48-50-53-54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Dr CARRET Sandra |
| Fonctions : | Pharmacien Gérant Pui CHMS |
| Adresse : | Pigeon, 97125 BOUILLANTE |
| Tél : | +590 590 50 49 12 |
| Fax : |  |
| Email : | sandra.carret@ch-mauriceselbonne.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | idem | |
| N° siret : | 26971045500016 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| PHARMA | Réf commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Dr CARRET Sandra (+590590804912) | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Mr BOGAT Georgie (+590590804858), Mme PROMENEUR Vanessa (+590590804900) | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHMS | Dr CARRET Sandra  Mme KICHETA Sabrina | Pharmacien  Directrice adjointe | [sandra.carret@ch-mauriceselbonne.fr](mailto:sandra.carret@ch-mauriceselbonne.fr)  [secretariat.direction@ch-mauriceselbonne.fr](mailto:secretariat.direction@ch-mauriceselbonne.fr) | +590 590 50 49 12 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : …PAR…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** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CF TRANSITAIRE BALGUERIE | [DG]-ML-GPE-COMPLET <gp.complet@balguerie-outremer.com> |  | OUI  NON |  | OUI  NON |  |

**Autres renseignements**

**TRANSPORT PAR TRANSITAIRE BALGUERIE POUR EXPORT MARITIME OU AERIEN SI URGENT**

[DG]-ML-GPE-COMPLET <gp.complet@balguerie-outremer.com>