**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH MONTMIRAIL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2 – 11 – 17 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 28 – 30 – 31 – 32 – 34 – 36 – 48 – 51 – 53 – 55 – 56 – 58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | MANGEREL Karine / NICLET Céline |
| Fonctions : | Pharmacien / Unité de Restauration |
| Adresse : | 3 rue de la troisième avenue 51210 Montmirail |
| Tél : | 03.26.81.20.36 |
| Fax : |  |
| Email : | [Karine.mangerel@ch-epernay.Fr](mailto:Karine.mangerel@ch-epernay.Fr) / cniclet@montmirail-hopital-local.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 3 rue de la troisième avenue 51210 Montmirail | |
| N° siret : | 26510004000053 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 3 pour la Pharmacie / 2 pour l’Unité de Restauration | Indiqué sur le bon de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Préparateurs pharmacie 03.26.81.20.36 / Unité de Restauration NADEAU Gaëlle 03 26 81 77 41 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Pharmacie Vanessa Bare 03.26.81.20.36 / Unité de Restauration NADEAU Gaëlle 03 26 81 77 41 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH de Montmirail | BITJOKA Marlyse | Responsable qualité | Alerte.alimentaire@montmirail-hopital-local.fr | 03 26 81 03 98 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : …EDI………………………………………………………………………………………………………………**

* **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** |  |  |  |
| **Les lots gérés par la PUI** | **1/ mois** | **Du lundi au vendredi** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Pharmacie à usage intérieur | 3 rue de la troisième avenue 51210 Montmirail | 9h00-12h00 / 14h00-17h00 | ~~OUI~~  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**