**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH DE NOVILLARS**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1er mars 2026 | 2/11/16/19/28/29/31/32/34/35/36/40/42/51/54/56/58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | **GUILLAUME-SAGE Frédérique** |
| Fonctions : | **ACH - Achats** |
| Adresse : | **Services Economiques, 4 rue du Dr Charcot, 25220 NOVILLARS** |
| Tél : | **03 81 60 58 55 ou 03 81 60 58 03** |
| Fax : | **03 81 60 58 45** |
| Email : | **frederique.guillaume-sage@ch-novillars.fr** |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre Hospitalier de Novillars, Services Economiques, 4 rue du Dr Charcot, 25220 NOVILLARS | |
| N° siret : | 262 504 293 000 16 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECONOMAT-FINANCES | Services Economiques |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Gérald COTE 03 81 60 58 00 poste 503 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Sylvie PERROT 03 81 60 58 03 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Centre Hospitalier de Novillars | M. Dominique VERNET | Responsable Restauration | [Dominique.vernet@ch-novillars.fr](mailto:Dominique.vernet@ch-novillars.fr) | 03 81 60 58 00 poste 507 |
| Centre Hospitalier de Novillars | Mme. Isabelle ARNOUX | Diététicienne | [Isabelle.arnoux@ch-novillars.fr](mailto:Isabelle.arnoux@ch-novillars.fr) | 03 81 60 58 00 poste 8512/8501 |

* **Modalités de commande :/ /**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : 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** |
| **TOUS LES LOTS** | **1 x fois par mois** | **/** | **1 point de livraison : cuisines du CH de Novillars** |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Centre Hospitalier de Novillars | Magasin des cuisines  4 rue du Dr Charcot  25220 NOVILLARS | Entre 6h et 10h | OUI  NON | Quai classique environ 1.5m | OUI  NON | / |

**Autres renseignements**