**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH ORTHEZ**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-5-6-9-12-13-19-21-25-26-27-28-29-30-31-32-33-35-37-40-44-47-51-54-55-56-58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | LABAT Alain – YSSOUFA MIROIDI |
| Fonctions : | Magasiniers |
| Adresse : | Rue du Moulin 64300 Orthez |
| Tél : | 05 59 69 70 30 |
| Fax : |  |
| Email : | [magasin@ch-orthez.fr](mailto:magasin@ch-orthez.fr) / [miroidi.yssouffa@ch-orthez.fr](mailto:miroidi.yssouffa@ch-orthez.fr) /  [alain.labat-labourdette@ch-orthez.fr](mailto:alain.labat-labourdette@ch-orthez.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Rue du Moulin 64300 Orthez | |
| N° siret : | 26640548900011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECO | LO0-395866 |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | LABAT Alain – YSSOUFA MIROIDI  05 59 69 70 30 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | BLEUVEN Alexandre – 05 59 69 70 13 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH-ORTHEZ | LABAT ALAIN | Magasinier | [alain.labat-labourdette@ch-orthez.fr](mailto:alain.labat-labourdette@ch-orthez.fr) | 05 59 69 70 30 |
| CH-ORTHEZ | LARQUIER NICOLAS  ARNAUDIN GLORIA | RESP.RESTAURATION  SECOND RESTAURATION | [cuisine@ch-orthez.fr](mailto:cuisine@ch-orthez.fr)  [alerte@ch-orthez.fr](mailto:alerte@ch-orthez.fr) | 05 59 69 73 98 |

* **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** |
| **LOT X** | **Une fois par semaine** | **MARDI** | **UN SEUL – AU MAGASIN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH-ORTHEZ | Magasin, rue du Moulin 64300 Orthez | 8h-15h | OUI  NON |  | OUI  NON | 19T Max |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**