**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH DU PAYS D’APT**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | **LOT 3/11/17/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/48/51/53/58** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BERTRAND XAVIER |
| Fonctions : | DIRECEUR ADJOINT |
| Adresse : | RTE DE MARSEILLE 84405 APT CX |
| Tél : | 0490043307 |
| Fax : |  |
| Email : | bmourtel@ch-apt.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | RTE DE MARSEILLE 84405 APT CX | |
| N° siret : | 26840007400012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 001 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | MOURTEL BEATRICE 0490043308 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | SANDRA POINTUD 0490043395 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH APT | BERTRAND XAVIER | DIRECTEUR ADJOINT | xbertrand@ch-apt.fr | 0490043307 |
|  |  |  |  |  |

* **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 3/11/17/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/48/51/53/58** | **1 fois par semaine** | **Lundi au vendredi** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Ch apt | Rte de marseille 84405 APT cx | 08h / 14h30 | OUI  ~~NON~~ | 1.50m | OUI  ~~NON~~ | non |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**