**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH de PERIGUEUX**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-7-10-12-13-19-25-28-30-31-42-44-51-54-58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BRAFFY Laetitia-MENDES Lydia-LAC Stéphane |
| Fonctions : | Achats |
| Adresse : | CENTRE HOSPITALIER de PERIGUEUX  80 avenue Georges Pompidou  CS 61205 - 24019 PERIGUEUX CEDEX |
| Tél : | 05 53 45 26 81 et 05 53 45 27 78 |
| Fax : |  |
| Email : | [laetitia.braffy@ch-perigueux.fr](mailto:laetitia.braffy@ch-perigueux.fr) et [dae.alimentation@ch-perigueux.fr](mailto:dae.alimentation@ch-perigueux.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX  80 avenue Georges Pompidou  CS 61205  PERIGUEUX CEDEX | |
| N° siret : | 262 405 806 000 15 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| EALIM |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | MENDES Lydia/LAC Stéphane  05 53 45 27 78 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | MENDES Lydia/LAC Stéphane  05 53 45 27 78 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH de PERIGUEUX | GASPAR Mathilde | Diététicienne | [dietetique@ch-perigueux.fr](mailto:dietetique@ch-perigueux.fr) | 05 53 45 25 25 POSTE 1181 |
| CH de PERIGUEUX | BRAFFY Laetitia | Responsable Appro | [laetitia.braffy@ch-perigueux.fr](mailto:laetitia.braffy@ch-perigueux.fr) | 05 53 45 26 81 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

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

* **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 7** | **Tous les jours (du L au V)** | **-** |  |
| **LOT 11** | **Tous les jours (du L au V)** | **-** |  |
| **LOT 25** | **Tous les jours (du L au V)** | **-** |  |
| **LOT 47** | **Tous les jours (du L au V)** | **-** |  |
| **LOT 51** | **Tous les jours (du L au V)** | **-** |  |
| **LOT 54** | **Tous les jours (du L au V)** | **-** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH DE NONTRON  **SERVICE DIETETIQUE** | 1 Place de l’Eglise  24300 NONTRON | 9H30 – 16H00 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**