**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN……………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5-6-10-11-18-22-23-24-28-31-33-38-44-45-46-48-51-53-54-58-59-62-64 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | M BAILLARGEAU DAVID – Mme ZITOUNI SAMIRA |
| Fonctions : | GESTIONNAIRES MARCHES |
| Adresse : | DIRECTION DES ACHATS 20 AVENUE DU LANGUEDOC 66000 PERPIGNAN |
| Tél : | 04 68 61 70 12 – 04 68 61 70 13 |
| Fax : |  |
| Email : | David.baillargeau@ch-perpignan.fr  cellule.marchespublics@ch-perpignan.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Direction des Achats 20 avenue du Languedoc 66046 Perpignan | |
| N° siret : | 2 66 600 022 000 13 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECO | NUMERO COMMANDE CH |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | OUKEMMOU Najet 04 68 61 88 40 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | OUKEMMOU Najet 04 68 61 88 40 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH PERPIGNAN | Mme DAGORNE SOAZIG | Cadre Diététicienne | [Soazig.dagorne@ch-perpignan.fr](mailto:Soazig.dagorne@ch-perpignan.fr) | 04 68 61 61 06 |
| CH PERPIGNAN | Mme OUKEMMOU Najet | GESTIONNAIRE | [Najet.oukemmou@ch-perpignan.fr](mailto:Najet.oukemmou@ch-perpignan.fr) | 04 68 61 88 40 |

* **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** |  | **DU 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** |
| CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN | MAGASIN POYGONE NORD 615 RUE ARISTIDE BERGES 66000 PERPIGNAN | 07H30 à 11H30 | OUI  NON |  | OUI  NON | Camion porteur avec hayon  Palette hauteur maxi 1m80 sur palette de 80x120 |
|  |  |  | oui |  | oui |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**