**ACHATS GROUPES - Coordonnateur CHU ANGERS**

**FOURNITURE DE PRODUITS DIÉTÉTIQUES ET AUTRES PRODUITS ALIMENTAIRES**

**POUR LE GROUPEMENT DE COMMANDES ET POUR LA CENTRALE D’ACHATS UNIHA**

**Annexe 2 au CCTP « FICHE LOGISTIQUE »**

**CH POMPEY**

**Renseignements administratifs**

* Durée du marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| **Lot(s) concerné(s):** | 5-6-11-16-18-19-22-23-25-28-30-31-32-51-54-58 |
| **Date entrée dans le groupement :** | 1er mars 2026 |

* Interlocuteur (pour l’exécution du marché) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Le/La référent (e) administratif** | **Le/La référent(e) Diététique** |
| Nom : | Botran Nathalie | Karrenbauer Julie |
| Fonctions : | Attachée d’Administration Hospitalière  Référente Achat GHT Sud Lorraine | Diététicienne |
| Adresse : | 3 rue de l’avant-garde  54340 POMPEY | 3 rue de l’avant-garde  54340 POMPEY |
| Tél : | 0383917035 | 0645372554 |
| Fax : |  |  |
| Email : | [n.botran@hopital-pompey.fr](mailto:n.botran@hopital-pompey.fr) | j.karrenbauer@hopital-pompey.fr |

* Facturation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de facturation : | CENTRE HOSPITALIER POMPEY 3 rue de l’Avant Garde – 54340 POMPEY | |
| N° Siret : | 26540006900018 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| achat |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | LAPORTE Anthony – 06 02 13 59 36 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | TIESSEN Hélène – 03 83 91 70 06 | |

**Contraintes logistiques**

* Modalités de commande :

**Téléphone**  **Télécopie**  **Courrier**  **Internet**

**Autre (précisez) :**

* Fréquences de livraison et nombre de points de livraison :

Merci de détailler par type de produits :

*(Par exemple, les boissons lactées sont livrées 1 fois par mois le lundi, sur l’UPC uniquement, et les huiles à base de TCM sont livrées une fois tous les 6 mois, sans exigence de jour, sur la pharmacie)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Types de produits :** | **Fréquence de livraison :**  *(ex : tous les jours, x fois par semaine/quinzaine/mois)* | **Si jour(s) à respecter impérativement, préciser :**  *(ex : livraison des CNO les lundis et vendredis uniquement)* | **Nombre de points de livraison concernés pour ce type de produits :**  *(ex : les boissons lactées uniquement sur l’UPC*  *et les huiles à base de TCM sur la pharmacie)* |
| **CNO et enrichissement (fibres, TCM, maltodextrines, protéines)** | **1 fois par semaine** | **Lundi au vendredi** | **1** |
| **Préparations céréalières, pains, gâteaux, enrichis en protéines, produits sans gluten** |  |  |  |
| **Eaux épaissies, poudres eaux gélifiées, et épaississants** |  |  |  |
| **Nutrition infantile** |  |  |  |
| **Edulcorants** |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH POMPEY | MAGASIN CUISINE – RUE DE L’AVANT-GARDE – 54340 POMPEY | 6h30 – 12h00 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |

* Procédures de gestion des alertes alimentaires :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** | **Adresse mail dédiée aux alertes alimentaires** |
| CH POMPEY | SAVINEAU ERIC | RESPONSABLE RESTAURATION | [e.savineau@hopital-pompey.fr](mailto:e.savineau@hopital-pompey.fr) | 0608580526 |  |
|  |  |  |  |  |  |