**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH de PONT SAINT ESPRIT.**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marchée : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01 MARS 2026 | 3,6,12,19,21,22,23,24,27,28,31,35,40,42,44,48,52,54,58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | BALDACCHINO Amanda |
| Fonctions : | achats |
| Adresse : | 10 rue Philippe Le Bel  30130 PONT SAINT ESPRIT |
| Tél : | 04 66 33 40 12 |
| Fax : |  |
| Email : | a.baldacchino@hopitalpse.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 10 rue Philippe Le Bel - 30130 PONT SAINT ESPRIT | |
| N° siret : | 26300004400093 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| RESTAURATION |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Guillaume BELLEAU 04 66 33 40 47 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Amanda BALDACCHINO 04 66 33 40 12 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Centre hospitalier de Pont Saint Esprit | Belleau Guillaume | Responsable Restauration | [g.belleau@hopitalpse.fr](mailto:g.belleau@hopitalpse.fr) | 04.66.33.40.47 |
| Centre hospitalier de Pont Saint Esprit | Dr DOMENGES Tanguy | Pharmacien | [t.domenges@hopitalpse.fr](mailto:t.domenges@hopitalpse.fr) | 04 66 33 40 41 |
| Centre hospitalier de Pont Saint Esprit | Dr HICHRI Taissir | Pharmacien | [t.hichri@hopitalpse.fr](mailto:t.hichri@hopitalpse.fr) | 04 66 33 40 41 |
| Centre hospitalier de Pont Saint Esprit | PAYAN Stephanie | Hygiéniste - Préparatrice en Pharmacie | [s.payan@hopitalpse.fr](mailto:s.payan@hopitalpse.fr) | 04.66.33.40.51 |

* **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** 3,6,12,19,21,22,23,24,27,28,31,35,40,42,44,48,52,54,58 | **1 fois par semaine ou quinzaine** |  | **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 Pont Saint Esprit | 426 Chemin des Cyprès 30130 PONT SAINT ESPRIT | 7h00 -12h00 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**