**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH QUINGEY**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-11-17-22-24-25-34-36-48-51-54-58-60 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | KROUK |
| Fonctions : | Acheteuse |
| Adresse : | 7 Route de LYON |
| Tél : | 0381543881 |
| Fax : |  |
| Email : | [z.krouk@chquingey.fr](mailto:z.krouk@chquingey.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | [a.pesse-girod@chquingey.fr](mailto:a.pesse-girod@chquingey.fr) | |
| N° siret : | 26250475600012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | b.chapel@chquingey.fr | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | a.pesse-girod@chquingey.fr | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Ch Quingey | VINCENT Nicolas  CHAPEL Benedicte | Responsable Resatauration  Dieteticienne  [eoh@chquingey.fr](mailto:eoh@chquingey.fr) | [n.vincent@chquingey.fr](mailto:n.vincent@chquingey.fr)  [b.chapel@chquingey.fr](mailto:b.chapel@chquingey.fr)  [restauration@chquingey.fr](mailto:restauration@chquingey.fr) | 0381546778 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**x  Téléphone  Télécopie x 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** | **Tous les jours** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Etablissement de santé de quingey | 7 route de Lyon | 8h-12 | OUI  x NON |  | x OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**