**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH SAINT CALAIS……………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2-12-17-21-22-36-48 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | LOWINGER SOPHIE |
| Fonctions : | REFERENTE ACHATS |
| Adresse : | 2 RUE DE LA PERRINE 72120 SAINT CALAIS |
| Tél : | 02 43 63 64 03 |
| Fax : |  |
| Email : | [slowinger@ch-saintcalais.fr](mailto:slowinger@ch-saintcalais.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 2 rue de la perrine 72120 saint calais | |
| N° siret : | 2672003800011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 01 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Sébastien POISSON 02 43 63 65 03 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Sarah LEPROUX 02 43 63 65 07 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Ch saint calais | Poisson sebastien | Responsable restauration | [spoisson@ch-saintcalais.fr](mailto:spoisson@ch-saintcalais.fr) | 02 43 63 65 03 |
| Ch saint calais | Ornella mounguengui | Ingenieur qualité | [omounguengui@ch-saintcalais.fr](mailto:omounguengui@ch-saintcalais.fr) | 02 43 63 64 55 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier x 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 X** | **1/15J** | **JEUDI OU 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** |
| CH SAINT CALAIS | 2rue de la perrine | 7h12h | OUI  x NON | NC | X OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**