**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH SAINT-NAZAIRE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 4 – 5 – 9 – 10 – 12 – 13 – 15 – 19 – 22 – 23 – 25 28 – 30 – 31 – 35 – 38 – 42 – 43 – 44 – 45 – 48 – 50 – 51 52 – 53 – 56 – 58 – 59 60 – 61 – 63 – 64 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Caroline DENIAUD |
| Fonctions : | Acheteuse |
| Adresse : | 11 boulevard Georges Charpak – 44600 SAINT-NAZAIRE |
| Tél : | 02.72.27.86.14 |
| Fax : |  |
| Email : | [c.deniaud@ch-saintnazaire.fr](mailto:c.deniaud@ch-saintnazaire.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 11 boulevard Georges Charpak – 44600 SAINT-NAZAIRE | |
| N° siret : | 264 400 268 00456 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| APPRO | Défini par « ANNEE » / APPRO / N° de 4 chiffres par incrémentation |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Apolline BOUREZ – 02.72.27.86.53 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Apolline BOUREZ – 02.72.27.86.53 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH ST NAZAIRE | Sabine HAMLIN | Resp. Diététicienne | [s.hamlin@ch-saintnazaire.fr](mailto:s.hamlin@ch-saintnazaire.fr) | 02.72.27.83.35 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet (messagerie)**

**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** |
| **Tous lots concernés** | **1 fois par semaine** |  | **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 ST NAZAIRE – Magasin Hôtelier | 97 route du Pré-hembert Accès Nord – 44600 SAINT-NAZAIRE | 8h-13h du lundi au vendredi | OUI  NON | Hauteur 80cm | OUI  NON | Accès contrôlé avec barrière et bouton d’appel au PC SECURITE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**