**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH SAINT ROMAIN DE COLBOSC**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3-4-6-11-16-24-28-30-31-48-53 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | LETHUILLIER |
| Fonctions : | PHARMACIEN |
| Adresse : | 8 AV. du Général de Gaulle – 76430 SAINT ROMAIN de COLBOSC |
| Tél : | 02 32 79 51 52 |
| Fax : | 02 32 79 59 94 |
| Email : | [Suzanne.lethuillier@ch-saintromain.fr](mailto:Suzanne.lethuillier@ch-saintromain.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 8 AV. du Général de Gaulle – 76430 SAINT ROMAIN de COLBOSC | |
| N° siret : | 267 601 748 000 10 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| PHARMACIE |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | QUESNEL Sandrine 02 32 79 51 52 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | QUESNEL Sandrine 02 32 79 51 52 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| St Romain de Colbolsc | QUESNEL | Préparatrice | [Pharmacie@ch-saintromain.fr](mailto:Pharmacie@ch-saintromain.fr) | 02 32 79 51 52 |
| St Romain de Colbolsc | PRUDHOMME | Administrative | [Marion.prudhomme@ch-saintromain.fr](mailto:Marion.prudhomme@ch-saintromain.fr) | 02 32 79 51 51 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  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** |
| **LOTS** | **1 à 2 fois/mois** |  | **Pharmacie / Magasin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| St Romain de Colbolsc | 8 AV. du Général de Gaulle – 76430 SAINT ROMAIN de COLBOSC | 9h – 12h30 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**