**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH SAUMUR**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5-6-7-9-11-12-16-18-22-23-28-29-31-33-35-36-45-48-50-51-53-54-56-58-60-61-62-63- |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Le/La référent (e) administratif** | **Le/La référent(e) Diététique** |
| Nom : | DESMARRES Sandrine | GOBERT Magali |
| Fonctions : | Référente achats | Diététicienne |
| Adresse : | Rte de Fontevraud - 49403 SAUMUR Cedex | Rte de Fontevraud - 49403 SAUMUR Cedex |
| Tél : | 02.41.53.32.12 | 02.41.53.30.30 |
| Fax : | 02.41.53.32.19 |  |
| Email : | referent.achats@ch-saumur.fr | magali.gobert@ch-saumur.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de facturation : | Route de Fontevraud - 49403 SAUMUR Cedex | |
| N° Siret : | 26490052300012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SH ou PH (selon commande) | N°commande (non obligatoire) |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | BOREAU Franck – 02.41.53.32.20  Secrétariat PHARMACIE – 02 41 53 31 70 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | BOREAU Franck – 02.41.53.32.20  Secrétariat PHARMACIE – 02 41 53 31 70 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH SAUMUR | GOBERT Magali | Diététicienne | [magali.gobert@ch-saumur.fr](mailto:magali.gobert@ch-saumur.fr) | 02.41.53.30.30 (poste 8540) |
| CH SAUMUR | TEIL Julie | Pharmacienne | [julie.teil@ch-saumur.fr](mailto:julie.teil@ch-saumur.fr) | 02.41.53.31.70 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : ……………HOSPITALIS……………………………………………………………………………………………………**

* **Fréquences de livraison et nombre de points de livraison :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Types de produits :** | **Fréquence de livraison :**  *(ex : tous les jours, x fois par semaine/quinzaine/mois)* | **Si jour(s) à respecter impérativement, préciser :**  *(ex : livraison des CNO les lundis et vendredis uniquement)* | **Nombre de points de livraison concernés pour ce type de produits :**  *(ex : les boissons lactées uniquement sur l’UPC*  *et les huiles à base de TCM sur la pharmacie)* |
| **CNO et enrichissement (fibres, TCM, maltodextrines, protéines)** | **1 fois par mois** |  | **2** |
| **Préparations céréalières, pains, gâteaux, enrichis en protéines, produits sans gluten** | **1 fois par mois** |  | **1** |
| **Eaux épaissies, poudres eaux gélifiées, et épaississants** | **1 fois par mois** |  | **1** |
| **Nutrition infantile** | **1 fois par mois** |  | **2** |
| **Edulcorants** | **1 fois par mois** |  | **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 DE SAUMUR – MAGASIN CENTRAL | Route de Fontevraud  BP 100  49403 SAUMUR CEDEX | 8h30 – 12h30 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
| CH DE SAUMUR – PHARMACIE | 8h30 – 12h00 / 13h30 – 16h00 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |

**Autres renseignements**