**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH …SAVENAY…………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 4-5-12-19-22-23-25-27-28-30-31-35-38-48-53-56- |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | LE FEUVRE Clara - PERRAIS Sébastien |
| Fonctions : | Gestionnaire Achat - Magasinier |
| Adresse : | 13 rue de l’hôpital 44260 SAVENAY |
| Tél : | 02 40 57 50 12 - 02 40 57 50 80 |
| Fax : |  |
| Email : | [service.eco@ch-savenay.fr](mailto:service.eco@ch-savenay.fr) - s.perrais@ch-savenay.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 13 rue de l’hôpital 44260 SAVENAY | |
| N° siret : | 264 400 292 00019 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ECO | Numéro de bon de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | PERRAIS Sébastien 02 40 57 50 80 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | LE FEUVRE Clara 02 40 57 50 12 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH SAVENAY | Direction | Direction | [direction@ch-savenay.fr](mailto:direction@ch-savenay.fr)  [s.perrais@ch-savenay.fr](mailto:s.perrais@ch-savenay.fr)  [service.eco@ch-savenay.fr](mailto:service.eco@ch-savenay.fr)  [diony.deshayes@ch-savenay.fr](mailto:diony.deshayes@ch-savenay.fr) | 02 40 57 50 00  02 40 57 50 80  02 40 57 50 12  02 40 57 50 06 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : ………MAILS…………………………………………………………………………………………………………**

* **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** | **2 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 Savenay | 13 rue de l’hôpital 44260 SAVENAY | 8h30-12h  14h-16h30 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**