UNIHA FILIERE RESTAURATION

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH SOSPEL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5-11-16-22-24-25-31-48-51-53 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | GRADZIEL Kevin |
| Fonctions : | Adjoint du Directeur, Responsable des Services Economiques et Logistiques |
| Adresse : | Place Saint François, 06380 SOSPEL |
| Tél : | 04 93 04 30 30 |
| Fax : |  |
| Email : | k.gradziel@hopitalsospel.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Place Saint François, 06380 SOSPEL | |
| N° siret : | 26060011900010 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Nadia KAZDAGHLI – 04 93 04 30 16 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Véronique BAYON – 04 93 04 30 22 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH SOSPEL | Aurélie BERTHET | Diététicienne | [A.berthet@hopitalsospel.fr](mailto:A.berthet@hopitalsospel.fr) | 04 93 04 30 10 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone X Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : MAIL ………………………………………………………………………………………………**

* **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 5 / 11 / 16 / 22 / 24 / 25 / 31 / 48 / 51 / 53** | **1 FOIS PAR MOIS** | **N/A** | **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 ELOI | Place Saint François Sospel | 8h30 – 16h | OUI  x NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**