**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH de TROYES**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Dae entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1-6-7-10-12-13-14-16-17-21-22-23-24-25-28-30-33-35-45-46-48-53 et 54 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Monsieur LAUBY Vincent |
| Fonctions : | Pharmacien Chef de Service |
| Adresse : | CH de Troyes Service Pharmacie 101 Avenue Anatole France 10003 TROYES Cedex |
| Tél : | 03.25.49.49.17 |
| Fax : | 03.25.49.48.36 |
| Email : | vincent.lauby@hcs-sante.fr |

* **Faturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Centre Hospitalier de Troyes Service Pharmacie 101 Avenue Anatole France 10003 TROYES Cedex | |
| N° siret : | 26100002000014 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| PHARMACIE\_MEDICAMENTS | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Préparateurs des médicaments 03.25.75.92.20 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Secrétariat au 03.25.49.49.17 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHT | Lauby Vincent | Pharmacien Chef de servcie | [vincent.lauby@hcs-sante.fr](mailto:vincent.lauby@hcs-sante.fr) | 03.25.49.49.17 |
| CHT | Danieau Florence | Pharmacien | [florence.danieau@hcs-sante.fr](mailto:florence.danieau@hcs-sante.fr) | 03.25.49.49.17 |
| CHT | Rehn Cécile | Pharmacien | [cecile.rehn@hcs-sante.fr](mailto:cecile.rehn@hcs-sante.fr) | 03.25.49.49.17 |
| CHT | Gabriel Laurence | Pharmacein | [laurence.gabriel@hcs-sante.fr](mailto:laurence.gabriel@hcs-sante.fr) | 03.25.49.49.17 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : EDI……………………………………………………………………………………………………**

* **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 les lots cités ci-dessus** | **1 fois par mois** |  | **1 seul à la pharmacie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHT service réception | Centre Hospitalier de Troyes Service Pharmacie 101 Avenue Anatole France 10003 TROYES Cedex | 8h30 - 12h00  14h00 – 16h00 | OUI  NON |  | OUI  NON | **Hauteur des camions ne devant pas excéder 3,50m**  **Dimensions des palettes ne devant pas dépasser : H 1,60m x L 1,20m x l 0,80m** |

**Autres renseignements**