**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH Vaison la Romaine**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1er mars 2026 | 11 – 17 – 22 – 24 – 25 – 28 – 48 – 49 – 52 – 53 - 58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | POINT Béatrice |
| Fonctions : | Responsable des achats et Marchés Publics |
| Adresse : | 18 Grand Rue  BP 73  84110 VAISON LA ROMAINE |
| Tél : | 04 90 36 57 73 |
| Fax : | 04 90 36 29 48 |
| Email : | b.point@ch-vaison.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 18 Grand Rue - BP 73 - 84110 VAISON LA ROMAINE | |
| N° Siret : | 268 400 199 00017 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| EC10 |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Mme DE SOUSA Elodie - 04 90 36 54 58 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Mme AISSA Virginie – 04 90 36 55 49 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH VAISON | Mme DE SOUSA | Diététicienne | dietetique@ch-vaison.fr | 04 90 36 54 58 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  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 11 – 17 – 22 – 24 – 25 – 28 – 48 – 49 – 52 – 53 - 58** | **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 Vaison | Rue Louis REYNAUD | 7 H – 13 H | OUI  NON |  | OUI  NON | Camion petit porteur |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**

Etablissement en centre-ville