**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**POLE SANTE VALLAURIS**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2-4-7-12-17-22-24-25-26-27-28-29-30-31-34-36-47-51-54-58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | GANTELET |
| Fonctions : | SERVICES ECONOMIQUES |
| Adresse : | PLACE ST ROCH AVENUE DE L’HOPITAL 06220 VALLAURIS |
| Tél : | 0493647210 |
| Fax : | 0493647201 |
| Email : | c.gantelet@polesante-vallauris.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | POLE SANTE VALLAURIS PLACE ST ROCH AVENUE DE L’HOPITAL 06220 VALLAURIS | |
| N° siret : | 26060018400071 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| PAS DE CODE SERVICE |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | GANTELET CHRISTOPHE 0493647200 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | GANTELET CHRISTOPHE 0493647200 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| POLE SANTE VALLAURIS | GANTELET CHRISTOPHE | SERVICE ECONOMIQUES | c.gantelet@polesante-vallauris.fr | 0493647200 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

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

* **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** | **TOUS LES JOURS DE 7H A 12H** |  | **1 POINT DE LIVRAISON AU MAGASIN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| POLE SANTE VALLAURIS | AV DE L’HOPITAL PLACE ST ROCH 06220 VALLAURIS | 07H/12H | OUI  NON | NIVEAU 0 | OUI  NON | PAS DE GROS PORTEUR  PAS DE SEMI REMORQUE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**