**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH VALREAS JULES NIEL**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5.11.16.17.22.23.24.25.27.28.30.31.32.47.48.51.52.53.58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | MADAME BLAY, MONSIEUR SAINT-MICHEL |
| Fonctions : | SERVICE ECONOMIQUE |
| Adresse : | 9 COURS TIVOLI 84600 VALREAS |
| Tél : | 04.90.28.51.07 |
| Fax : |  |
| Email : | [P.BLAY@CH-VALREAS.FR](mailto:P.BLAY@CH-VALREAS.FR)  M.SAINTMICHEL@CH-VALREAS.FR |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 9 cours Tivoli 84600 Valréas | |
| N° siret : | 26840017300012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SERVICE\_ACHAT |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | MONSIEUR SAINT-MICHEL MATHIEU 04.90.28.51.07 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | MADAME BLAY PASCALE 04.90.28.51.07 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH VALREAS | Mme ENJOLRAS ISABELLE | RESP. DIETETICIENNE | [I.ENJOLRAS@CH-VALREAS.FR](mailto:I.ENJOLRAS@CH-VALREAS.FR) | 04.90.28.52.24 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : ENVOI COMMANDE 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 X** | **A LA DEMANDE DU SERVICE** | **DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H A 12H** | **1 SEUL LE CENTRE HOSPITALIER DE VALREAS MAGASIN COTE NORD** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH VALREAS JULES NIEL | RUE FIRMIN AUBERY 84600 VALREAS MAGASIN COTE NORD | 8H /12H | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**