**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH BELAIR**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 7, 8, 12, 17, 27, 28, 30, 31, 35, 43, 47, 51, 54, 56, 59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ROULOT Cassandra |
| Fonctions : | Acheteuse |
| Adresse : | 45 avenue de Manchester, - 08000 Charleville Mézières |
| Tél : | 03.24.22.81.02 |
| Fax : | / |
| Email : | Cassandra.roulot@ch-nord-ardennes.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 1 rue Pierre Hallali - 08013 Charleville Mézières | |
| N° siret : | 260 804 927 00010 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| 3230finances | 30xxxxx |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Mr LHERMITTE Jean Luc  03.24.56.64.96 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Mme BRION Christelle  03.24.56.63.21 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CH Belair | BRION Christelle | Acheteuse | [cbrion@ch-belair.fr](mailto:cbrion@ch-belair.fr) | 0324566321 |
| CH Belair | LHERMITTE Jean Luc | Responsable magasin et achat | [jllhermitte@ch-belair.fr](mailto:jllhermitte@ch-belair.fr) | 0324566496 |
| CH Belair | ANTOINE Pauline | Diététicienne | [pantoine@ch-belair.fr](mailto:pantoine@ch-belair.fr) | 0324568733 |

* **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** |
| **POUR TOUS LES LOTS** | **Tous les jours selon les besoins** | **/** | 1 point de livraison :  Magasin général CH Belair  1 rue Pierre Hallali  08013 Charleville - Mézières |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CH Belair | 1 rue Pierre Hallali  08013 Charleville - Mézières | 8h-15h | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**