**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHS de l’Yonne**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 3, 4, 6, 12, 14, 15, 22, 23, 25, 28, 32, 42, 43, 44 et 47 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Sabrina MASDAN |
| Fonctions : | Responsable Achats |
| Adresse : | 4 Avenue Pierre Scherrer |
| Tél : | 03.86.94.39.25 |
| Fax : |  |
| Email : | dpl@chs-yonne.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | CHSY 4 Avenue Pierre Scherrer 89000 AUXERRE | |
| N° siret : | 2 689 0024 00012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| LOGISTIQUE\_FONCTIONNEMENT |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone |  | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Christophe PEYOVITCH 03.86.94.39.28 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Pharmacie |  |  | pharmacie@chs-yonne.fr | 03.86.94.38.98 |
|  |  |  |  |  |

* **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** |
| 3, 4, 6, 12, 14, 15, 22, 23, 25, 28, 32, 42, 43, 44 et 47 | **Sur commande** |  | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHSY\_Magasin | 4 bis Avenue Pierre Scherrer | 8h – 12h et 13h30 – 16h | OUI  NON | - | OUI  NON | Max 1.50m |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**