**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHS LE MAS CAREIRON**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1-4-16-36-48-51-53-56-58 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Le/La référent (e) administratif** | **Le/La référent(e) DIETETIQUE** |
| Nom : | TURIN Xavier | DESPRES Jean-Nicolas |
| Fonctions : | Responsable Marchés | Responsable Restauration |
| Adresse : | Chemin du Paradis – 30700 Uzès | Chemin du Paradis – 30700 Uzès |
| Tél : | 04 66 62 69 00 | 04 66 62 69 48 |
| Fax : | 04 66 62 60 67 |  |
| Email : | achat.careiron@ch-uzes.fr | jndespres@ch-uzes.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Service DRM – Chemin du Paradis – 30701 Uzès Cedex | |
| N° siret : | 263 000 135 000 16 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ALIMENTAIRE |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Mr Accabat Matthieu Téléphone : 04 66 62 69 48 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Mme Santos Mylène Téléphone : 04 66 62 69 14 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Adresse mail dédiée aux alertes alimentaires** | **Téléphone** |
| CHS LE MAS CAREIRON | DESPRES Jean-Nicolas | Référent Hygiène Restauration | jndespres@ch-uzes.fr | 04 66 62 69 48 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone X 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** |
|  |  |  |  |
| **CNO et enrichissement (fibres, TCM, maltodextrines, protéines)** |  |  |  |
| **Préparations céréalières, pains, gâteaux, enrichis en protéines, produits sans gluten** |  |  |  |
| **Eaux épaissies, poudres eaux gélifiées, et épaississants** | **1 fois par semaine** | **Sans exigence de jour** |  |
| **Nutrition infantile** |  |  |  |
| **Edulcorants** |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| CHS LE MAS CAREIRON | Chemin du Paradis – 30701 Uzès Cedex | De 6 Heures à 12 Heures | NON |  | OUI |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**

RAS