**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CH GEORGES MAZURELLE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2,8,11,17,19,22,24,27,28,33,35,47,48,49,51,52,53,56,58 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | FONTENEAU Corinne |
| Fonctions : | Adjoint Administratif |
| Adresse : | Rue Georges Mazurelle – 85026 LA ROCHE SUR YON cedex |
| Tél : | 0251097377 |
| Fax : | - |
| Email : | corinne.fonteneau@ch-mazurelle.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Rue G. Mazurelle – 85026 LA ROCHE SUR YON CEDEX | |
| N° siret : | 268 502 416 00012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SERVICES\_ECONOMIQUES | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | GILLAIZEAU Aurore 0251097364 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | FONTENEAU Corinne 0251097377 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| EPSM Georges Mazurelle | Anthony MEUNIER | Responsable Restauration | [anthony.meunier@ch-mazurelle.fr](mailto:anthony.meunier@ch-mazurelle.fr) | 02.51.09.72.09 |
| idem | Aurore GILLAIZEAU | Référente magasin des cuisines | [Magasin.cuisines@ch-mazurelle.fr](mailto:Magasin.cuisines@ch-mazurelle.fr) | 0251097364 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier x Internet (hospitalis)**

**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** |
| **Tous lots confondus** | **1 x / mois** |  | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Chs MAZURELLE | Rue Mazurelle – 85026 LA ROCHE SUR YON CEDEX | 06h00-13h30 | X OUI  NON | 0m70 | X OUI  NON | aucunes |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**