**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHU ANGERS**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01 MARS 2026 | 1-5-10-11-12-13-14-19-25-28-31-33-35-39-42-43-44-45-48-51-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | ROCHARD SYLVIE |
| Fonctions : | Approvisionneuse |
| Adresse : | CHU ANGERS  4, Rue Larrey 49933 ANGERS CEDEX 9 |
| Tél : | 02.41.35.39.90 |
| Fax : |  |
| Email : | syrochard@chu-angers.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 4, Rue Larrey D.A.L 49933 ANGERS CEDEX | |
| N° siret : | 264 900 036 00015 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| AALIM + AALIS +ADM | 2026/AALIM/…  2026/AALIS/..+2026/ADM/.. |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Madame Rochard Sylvie | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | 02.41.35.39.90 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHU ANGERS | COULBAULT MICHEL | RESPONSABLE UPC | [micoulbault@chu-angers.fr](mailto:micoulbault@chu-angers.fr) |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : EPROC………………………………………………………………………………………………………………**

* **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** | **1 à 4 fois/mois** | **Jour précisé sur le bon de commande** | **2** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHU ANGERS | MAGASIN UPC-RUE DES CAPUCINS | 7H/12H | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
| EHPAD SAINT-NICOLAS | Magasin-4 Rue Amboise , Paré 49100 Angers | 6H30/12H |  |  |  |  |
| CHU ANGERS | Pharmacie Centrale-Rue Braille | 7H15/12H |  |  |  |  |

**Autres renseignements**