**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHU BESANCON**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 5, 7, 10, 11, 14,19 22, 25, 33, 37, 44, 45, 18, 51, 54, 57, 58, 59, 62, 63 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Monsieur Florent BLAISE et Myriam STOLL |
| Fonctions : | Responsable Restauration / coordinatrice des achats GHT CFC |
| Adresse : | CHU Besançon  3, Boulevard A. Fleming - 25 000 Besançon |
| Tél : | 03 81 66 87 00 / 03 81 21 87 48 |
| Fax : |  |
| Email : | fblaise@chu-besancon.fr/mstoll@chu-besancon.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | Unité de Production Culinaire (UPC) - CHU Besançon  3, Boulevard A. Fleming - 25 000 Besançon | |
| N° siret : | 26250176000264 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ACHATS\_ALIMENTAIRES |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Marie MATTE / Céline PETETIN - 03 81 66 80 42  upc-secretariat@chu-besancon.fr | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Marie MATTE / Céline PETETIN - 03 81 66 80 42  upc-secretariat@chu-besancon.fr | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHU BESANCON | Emilie CAPELLI | Qualiticienne | [ecapelli@chu-besancon.fr](mailto:ecapelli@chu-besancon.fr) | 03 81 66 87 78 |
| CHU BESANCON | Christelle DALBARD | Qualiticienne | [cdalbard@chu-besancon.fr](mailto:cdalbard@chu-besancon.fr) | 03 81 66 80 43 |
| CHU BESANCON | Florent BLAISE | Responsable Restauration | [fblaise@chu-besancon.fr](mailto:fblaise@chu-besancon.fr) | 03 81 66 87 00 |

* **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** |
| **Produits diététiques (tous les lots)** | **1 fois par semaine** | **Mardi** | **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 BESANCON | Unité de Production Culinaire (UPC)  CHU Besançon  3, Boulevard A. Fleming  25 000 Besançon | 06h30 à 10h30 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |
| CHU BESANCON | Zone Allotissement Repas (ZAR) Quai -3  CHU Besançon  3, Boulevard A. Fleming  25 000 Besançon | 06h30 à 10h30 | OUI  NON |  | OUI  NON |  |

**Autres renseignements**