**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHU DE LA REUNION**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 13 ET 15 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | DR GENDRE PAULINE (Site SUD) - Julie ALBA (Site NORD) |
| Fonctions : | PHARMACIEN |
| Adresse : | PUI CHU SUD REUNION AV MITERRAND 97400 SAINT PIERRE (Site SUD)  PUI CH Félix Guyon Allée des Topazes 97405 Saint Denis Cédex (Site NORD) |
| Tél : | +262 262 35 90 00 (Site SUD)  02 62 90 53 57 (Site NORD) |
| Fax : |  |
| Email : | [Pauline.gendre@chu-reunion.fr](mailto:Pauline.gendre@chu-reunion.fr) (Site SUD) - [julie.alba@chu-reunion.fr](mailto:julie.alba@chu-reunion.fr) (Site NORD) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | PUI CHU SUD REUNION AV MITERRAND 97400 SAINT PIERRE (Site SUD)  PUI du CH Félix Guyon Allée des Topazes 97405 Saint Denis Cédex (Site NORD) | |
| N° siret : | 2003001300011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| SP (Site SUD) – NP (Site NORD) | NUMERO DE COMMANDE |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | "medpharma.ghsr@chu-reunion.fr" (Site SUD)  ALBA Julie 02 62 90 53 57 (Site NORD) | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | [Nicole.jeannin@chu-reunion.fr](mailto:Nicole.jeannin@chu-reunion.fr) (Site SUD)  ETHEVE Catherine 02 62 30 53 50 (Site NORD) | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHU SUD | Dieteticien | Service UTNC | [Diet.utnc.sud@chu-reunion.fr](mailto:Diet.utnc.sud@chu-reunion.fr) |  |
| CH Félix Guyon | LOREAU Amandine | Cadre service diététique | [Amandine.loreau@chu-reunion.fr](mailto:Amandine.loreau@chu-reunion.fr) | 02 62 90 52 75 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

**Autres (préciser) : …mail ………………………………………………………………………………………………………………**

* **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** |
| **13 et 15** | **1 fois par mois** | **Lundi au vendredi** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| CHU de la Réunion | Livraison transitaire – adresse précisée sur le bon de commande | | | | | |

**Autres renseignements**