**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**CHU NANTES**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1er mars 2026 | 1-5-6-10-11-18-21-25-28-30-31-36-43-44-45-46-47-48-54-56-58-59-60-64 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | MEIGNEN SERVANNE |
| Fonctions : | Acheteuse |
| Adresse : | 85 rue Saint Jacques - 44093 NANTES CEDEX 01 |
| Tél : | 02 44 76 67 73 |
| Fax : |  |
| Email : | servanne.meignen@chu-nantes.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 85 rue Saint-Jacques - 44093 NANTES Cedex 1 | |
| N° siret : | 264400113600471 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| RESTAURATION |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | THEBAUD Michel – 02 44 76 68 73 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | ELAIN Elodie – 02 53 52 62 23 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| CHU Nantes | FELTRY Audrey  POUZET Aurélie | Cadre de santé diététicienne  Responsable qualité | [bp-restauration-alerte-alimentaire@chu-nantes.fr](mailto:bp-restauration-alerte-alimentaire@chu-nantes.fr) | 02 44 76 84 95  02 40 84 63 88 |

* **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** |
| **Tous les lots** | **Tous les jours ouvrés semaine** | **Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi**  **10h00 à 12h00**  **Prendre RDV impérativement au 02.40.84.65.19 si plus de 5 palettes à livrer** | **1** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| HOPITAL ST JACQUES  PLATE FORME LOGISTIQUE | 22 COTE DE ST SEBASTIEN SUR LOIRE  44093 NANTES CEDEX | 7h30-12h00 | OUI  NON | RAS LE SOL | OUI  NON | NON |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**