**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**EHPAD JEAN COLLERY…………..**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 1ER MARS 2026 | 1-11-16-17-22-23-24-25-26-28-31-33-51-53-55 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | HAUTEM |
| Fonctions : | Préparatrice en pharmacie |
| Adresse : | 18 Bd Charles De Gaulle 51160 AY |
| Tél : | 03 26 56 17 84 |
| Fax : | 03 26 55 71 01 |
| Email : | [pharmacie@ehpad-ay.fr](mailto:pharmacie@ehpad-ay.fr) |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 18 Bd Charles De Gaulle 51160 AY | |
| N° siret : | 26510014900011 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| PHARMACIE | E 11 23 324 |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | HAUTEM Rosalie 03 26 56 17 84 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | GLOD Luce-Marie 03 26 55 71 04 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| EHPAD Jean COLLERY | Mme HAUTEM Rosalie | Préparatrice en pharmacie | pharmacie@ehpad-ay.fr | 03 26 56 17 84 |
|  |  |  |  |  |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone x Télécopie  Courrier x 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** |
| **LOT X** |  |  |  |
| **1** | **Tous les jours sauf le JEUDI** | **RAS** | **PHARMACIE** |
| **11** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **16** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **17** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **22** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **23** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **24** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **25** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **26** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **28** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **31** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **33** | **IDEM** |  | **IDEM** |
| **51-53-55** | **IDEM** |  | **IDEM** |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| EHPAD Jean COLLERY | 18 Bd Charles De Gaulle 51160 AY | 9H – 16H | OUI  X NON | RAS | X OUI  NON | RAS |

**Autres renseignements**

Concernant la livraison vous devez vous adresser a la pharmacie, la porte de ce service donnant directement sur le boulevard. VOUS NE PASSEZ PAS PAR L ENTREE PRINCIPALE DE L’ETABLISSEMENT. MERCI DE BIEN VOULOIR PRENDRE EN COMPTE QU UNE SONNETTE EST A LA PORTE DE LA PHARMACIE.SI PROBLEME MERCI DE COMPOSER LE NUMERO AFFICHE SUR LA PORTE SOIT LE 03 26 56 17 84.

EN VOUS REMERCIANT PAR AVANCE