**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**EHPAD SANS SOUCI**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marchée : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 1-3-11-16-17-52 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | LAJEUNESSE |
| Fonctions : | ADJOINT ADMINISTRATIF |
| Adresse : | 19 RUE DE LA FORET – 57150 CREUTZWALD |
| Tél : | 03.87.93.07.67 |
| Fax : | 03.87.90.17.15 |
| Email : | sec-creutzwald@ch-boulay.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation: | 19 rue de la Forêt – 57150 CREUTZWALD | |
| N° siret : | 265 702 399 00014 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
|  |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | LAJEUNESSE Agnès | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | LAJEUNESSE Agnès | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| EHPAD SANS SOUCI | LAJEUNESSE Agnès | Adjoint Administratif | [sec-creutzwald@ch-boulay.fr](mailto:sec-creutzwald@ch-boulay.fr) | 03.87.93.07.67 |
| EHPAD SANS SOUCI | AZZOUZ Nathalie | Cadre de Santé | [sec-creutzwald@ch-boulay.fr](mailto:sec-creutzwald@ch-boulay.fr) | 03.87.93.07.67 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier  Internet**

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

* **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** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| EHPAD SANS SOUCI | 19 RUE DE LA FORET – 57150 CRETZWALD | 08-12H / 13H30-16H00 | NON |  | OUI | LIVRAISON A L’ENTREE DE L’EHPAD |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**

LIVRAISON EN FONCTIONDES COMMANDE (ENVIRON 1 COMMANDE PAR MOIS)