**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**GCS POLE LOGISTIQUE HOSPITALIER NORD FRANCHE-COMTE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01/03/2026 | 2 – 3 – 6 – 11 – 19 – 22 – 25 – 30 – 33 – 34 – 45 – 48 – 51 – 54 – 56 – 58 – 59 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | SERY CAROLINE |
| Fonctions : | RESP ACHAT |
| Adresse : | 100 route de Moval  CS10499 Trévenans  90015 BELFORT Cedex |
| Tél : | 03.84.98.26.71 |
| Fax : |  |
| Email : | CAROLINE.SERY@HNFC.FR |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 100 route de Moval, CS10499 Trévenans - 90015 BELFORT Cedex | |
| N° siret : | 130 012 479 000 23 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| Factures\_publiques | N° de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Frédéric Chipaux 03.84.98.26.86 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Corinne GUINCHARD | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| GCS Pôle Logistique Hospitalier Nord Franche-Comté | AURORE MAITREPIERRE | Technicienne Qualité | [aurore.maitrepierre@hnfc.fr](mailto:aurore.maitrepierre@hnfc.fr) | 03.84.98.26.65 |

* **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** |
| **LOT X** | **3 x / semaine** |  | **1 unique** |
| **CNO et enrichissement (fibres, TCM, maltodextrines, protéines)** |  |
| **Préparations céréalières, pains, gâteaux, enrichis en protéines, produits sans gluten** |  |
| **Eaux épaissies, poudres eaux gélifiées, et épaississants** |  |
| **Nutrition infantile** |  |
| **Edulcorants** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| GCS Pôle Logistique Hospitalier Nord Franche-Comté | 100 route de Moval  CS10499 Trévenans  90015 BELFORT Cedex | 7h-11h30 | OUI  NON | Quai niveleur n°3, n°5 et n°7 | OUI  NON | aucune |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**