**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**GH EST 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 : | Isabelle HOAREAU RAMON |
| Fonctions : | PHARMACIEN |
| Adresse : | GROUPE HOSPITALIER EST REUNION  BP 186 30 RN3 ZAC MADELEINE BRAS FUSIL |
| Tél : | 0262988172 |
| Fax : | 0262988171 |
| Email : | i.ramon@gher.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : | 30 RN 3 ZAC MADELEINE BRAS FUSIL 97470SAINT BENOIT | |
| N° siret : | 26974118700059 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| PHARMA | Numéro de commande |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Pharmacie.medicaments@gher.fr | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | [pui@gher.fr](mailto:pui@gher.fr) 0262 80 81 76 TECHER FLORENCE | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| GHER | Isabelle HOAREAU RAMON | PHARMACIEN | [i.ramon@gher.fr](mailto:i.ramon@gher.fr) | 0262988172 |
| GHER | Service Dietetique | Diététiciennes | Dietetique@gher.fr | ELLAMA Coralie 0262 98 82 24  GRONDIN Eïlika 0262 98 82 97  HOAREAU Anna 0262 98 80 53  LEFLEM Nathalie 0262 98 80 52  ROBERT Justine 0262 98 81 58  VIENNE Julie 0262 98 80 51 |

* **Modalités de commande :**

**Téléphone  Télécopie  Courrier x Internet**

**Autres (préciser) : …EDI ET 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** |
|  |  | **Les horaires de livraison à la PUI du GHER sont les suivants :**  **Du lundi au jeudi de 8h à 15h**  **Le vendredi de 8h à 14h** | **PUI du GROUPE HOSPITALIER EST REUNION**  **BP 186 30 RN3 ZAC MADELEINE BRAS FUSIL**  **97470 SAINT BENOIT**  **RDC BAS**  **EPI D** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
|  |  |  | X OUI COUVERT MAIS PAS DENIVELLE  NON |  | XOUI  NON |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Autres renseignements**