**UNIHA FILIERE RESTAURATION**

**Coordonnateur CHU ANGERS**

**PRODUITS DIETETIQUES**

**ANNEXE 1 AU CCTP**

**FICHE DISPOSITIF LOGISTIQUE**

**GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE**

**Renseignements administratifs :**

* Durée marché : 24 Mois renouvelable deux fois 12 mois

|  |  |
| --- | --- |
| Date entrée dans le groupement : | N° de lots concernés : |
| 01 mars 2026 | 1, 5, 6,10, 11, 13, 17, 30, 31, 42, 44, 45, 48, 51, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 63 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Stéphane TAURIN |
| Fonctions : | Pharmacien |
| Adresse : | 100, avenue du président François Mitterand - 76400 FECAMP |
| Tél : | 02.35.10.90.13 |
| Fax : |  |
| Email : | Stephane.taurin@ch-fecamp.fr |

* **Facturation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse de Facturation : |  | |
| N° siret : | 267 601 714 00012 | |
| Informations pour envoi des factures sur la Plateforme Chorus : | Code service | N° d'engagement juridique |
| ALIM |  |
| Contact Commande :  Nom Prénom Téléphone | Fanny BISSON 02.32.73.34.46 | |
| Contact Comptabilité :  Nom Prénom Téléphone | Alexandra DUMONT 02.32.73.30.26 | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Nom Prénom Personne à prévenir** | **Fonction** | **Email** | **Téléphone** |
| Groupe Hospitalier du Havre | Élodie Adonaï-Recher | Diététicienne restauration – Responsable Qualité | [Elodie.adonairecher@ch-havre.fr](mailto:Elodie.adonairecher@ch-havre.fr) | 02.32.73.32.32 02.32.73.32.32  Poste 35722 |

* **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** |
| LOTS1, 5, 6,10, 11, 13, 17, 30, 31, 42, 44, 45, 48, 51, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 63 | 1 fois par semaine | Du lundi au vendredi | 1 |
|  |  |  |  |

* Adresse et horaires de livraison :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT(S)** | **ADRESSE(S)** | **HORAIRES** | **PRESENCE**  **DE QUAIS** | **TYPE DE QUAIS / HAUTEUR** | **CAMIONS AVEC HAYON** | **CONTRAINTES TAILLE VEHICULES** |
| Groupe Hospitalier du Havre | 19 avenue Pierre Mendes France,  76290 MONTIVILLIERS | 6h-13 | OUI  NON | 1.10 m | OUI  NON  Les 2 acceptés | Pas de contraintes spécifiques |

**Autres renseignements**