

Démarche : ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Organisme : service accès aux soins non programmés et transports sanitaires, direction de l'offre de soins

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions du soin que vous prendrez à compléter ce formulaire établi dans une logique de simplification et de qualité de service.

Cette démarche s'adresse aux personnes souhaitant obtenir pour leur entreprise un agrément nécessaire à l'accomplissement de transports sanitaires effectués au titre de l'aide médicale urgente et au surplus sur prescription médicale conformément aux dispositions de l'article R. 6312-11 du code de la santé publique. Cette démarche est également à utiliser lors de la création d'un établissement secondaire ou d'un groupement d'intérêt économique dédié à la garde ambulancière.

Nous vous rappelons que les documents suivants seront à joindre obligatoirement au dossier de demande d'agrément pour une entreprise de transports sanitaires:

oConcernant la société:

- Statuts de la société adressés au tribunal de commerce ;
- Numéro SIREN
- Extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) de moins de 3 mois du/des personnes physiques représentante(s) légal(es) de l'entreprise ;
- Les protocoles de désinfection des véhicules prévus par l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestre ;

oConcernant les véhicules sanitaires mis en service:

- Copie (recto/verso) du certificat d'immatriculation avec mention de la dénomination sociale de l'entreprise, soit en ligne C1 pour les véhicules en pleine propriété, soit en ligne C3 pour les véhicules exploités
- Autorisation de transfert de contrat pour les véhicules exploités par l'intermédiaire d'un leasing, crédit-bail, location longue durée... émanant de l'organisme bailleur
- Copie du contrôle technique de moins de douze mois (sauf pour les véhicules dont la première mise en service est inférieure à douze mois)
- Copie du certificat de conformité UTAC (ou laboratoire européen agréé) pour les ambulances

oConcernant le personnel

- Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance en cours de validité
- Diplôme + AFGSU 2 en cours de validité (si nécessaire)

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

- Permis de conduire (recto/verso)
- Liste prévisionnelle du personnel

Pour rappel, aux termes de l'article R.6312-13 du code de la santé publique, l'agrément ne peut être délivré qu'aux personnes disposant :

- d'au moins 2 véhicules sanitaires bénéficiant d'une autorisation de mise en service, dont au moins une ambulance (catégorie A ou C).
- de personnels permettant de garantir autant d'équipages employés à temps complet, ou en équivalent temps plein, que de véhicule A ou C et des personnels nécessaires pour garantir la présence à bord de tout véhicule en service.
- d'installations matérielles conformes et de protocoles de désinfection.

Néanmoins, si des interrogations apparaissent lors de cette démarche dématérialisée, les services de l'ARS demeurent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le service régional des transports sanitaires de l'ARS Hauts de France.

Renseignez ici le numéro du département d'implantation :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 02

☐ 59

☐ 60

☐ 62

☐ 80

CONTEXTE : CESSIION DE VEHICULES OU MODIFICATION D'IMPLANTATION DE VEHICULES OU CREATION D'UN GROUPEMENT D'INTERET ECONOMIQUE

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Création d'une nouvelle entreprise ou d'un nouvel établissement suite à acquisition de véhicules

☐ Création d'un établissement dans le cadre d'une mobilité de véhicules entre établissements

☐ Création d'un groupement d'intérêt économique

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE OU LE GIE REQUERANT

QUALITE DU DEMANDEUR : PERSONNE PHYSIQUE (ARTISAN) OU PERSONNE MORALE (SOCIETE)

pour les personnes physiques agissant en substitution d'une société en cours de création, merci de cocher "personne morale" pour instruire le dossier

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Personne physique

☐ Personne morale

Civilité

☐ Mme

☐ M.

NOM PATRONYMIQUE

PRENOM(S)

dans l'ordre de l'état civil

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

Numéro de téléphone du demandeur :

numéro de contact pour l'instruction du dossier

Adresse e-mail du requérant

e-mail de contact pour l'instruction du dossier

Nom commercial de l'entreprise le cas échéant

adresse du requérant

CNI, Passeport ou autre document d'identité émis par l'administration

SIREN de l'entreprise de transports sanitaires ou du GIE

L'entreprise requérante peut indiquer son numéro de SIREN si elle en dispose déjà. Il sera impératif d'en disposer un en cours de procédure afin que l'ARS HDF et les autres services de l'état puisse l'identifier.

Raison sociale de l'entreprise de transports sanitaires ou du GIE

La raison sociale est celle qui figure dans les statuts de l'entreprise qui seront communiqués au tribunal de commerce.

Nom commercial de l'entreprise de transports sanitaires ou du GIE, le cas échéant :

A communiquer en plus de la raison sociale le cas échéant. Le nom commercial ne doit pas prêter à confusion avec une entreprise déjà existante.

Statut Juridique :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SA

☐ SARL

☐ EURL

☐ SAS

☐ SASU

☐

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

☐ GIE

Numéro d'agrément de l'établissement d'origine des véhicules

Numéro de téléphone de la société ou du GIE:

Il s'agit du numéro de téléphone de l'entreprise de transports sanitaires (ou de son représentant) qui servira aux échanges avec le service régional des transports sanitaires

Adresse e-mail de la société ou du GIE :

Il s'agit de l'adresse électronique de l'entreprise de transports sanitaires qui servira aux échanges avec le service régional des transports sanitaires

REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX) DE L'ENTREPRISE OU DU GIE

S'il y a plusieurs dirigeants, veuillez cliquer sur "+ ajouter un élément désignation de la/de(s) la personne(s) responsable(s) légale(s) de l'entreprise de transports sanitaires" , et renseignez les informations pour chacun des dirigeants de l'entreprise de transports sanitaires.

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Personne physique

☐ Personne morale

Désignation de la/des personne(s) physiques responsable(s) légale(s) de l'entreprise de transports sanitaires ou du GIE:

Civilité :

☐ Mme

☐ M.

Nom de famille

nom de naissance

Nom d'usage

aussi appelé nom de mariage

Prénom(s)

dans l'ordre de l'état civil

Date de naissance :

Commune de naissance :

s'il s'agit d'une commune hors du territoire Français, vous devez saisir 99 dans le code postal puis la ville et le pays.
(exemple: 99 - Canberra - AUSTRALIE)

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Type de dirigeant :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ administrateur

☐ contrôleur de gestion

☐ artisan

☐ directeur général ou co-directeur général

☐ entrepreneur individuel

☐ gérant ou co-gérant

☐ président

☐ co-président

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Bulletin n°3 du casier judiciaire du représentant légal de moins de trois mois :

Vous pouvez réaliser une demande d'extrait de casier judiciaire en ligne à l'adresse suivante : <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml>.

CNI ou Passeport

Civilité :

☐ Mme

☐ M.

Nom de famille

nom de naissance

Nom d'usage

aussi appelé nom de mariage

Prénom(s)

dans l'ordre de l'état civil

Date de naissance :

Commune de naissance :

s'il s'agit d'une commune hors du territoire Français, vous devez saisir 99 dans le code postal puis la ville et le pays.
(exemple: 99 - Canberra - AUSTRALIE)

Type de dirigeant :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

- ☐ contrôleur de gestion
- ☐ artisan
- ☐ directeur général ou co-directeur général
- ☐ entrepreneur individuel
- ☐ gérant ou co-gérant
- ☐ président
- ☐ co-président

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Bulletin n°3 du casier judiciaire du représentant légal de moins de trois mois :

Vous pouvez réaliser une demande d'extrait de casier judiciaire en ligne à l'adresse suivante : <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml>.

CNI ou Passeport

Civilité :

- ☐ Mme

- ☐ M.

Nom de famille

nom de naissance

Nom d'usage

aussi appelé nom de mariage

Prénom(s)

dans l'ordre de l'état civil

Date de naissance :

Commune de naissance :

s'il s'agit d'une commune hors du territoire Français, vous devez saisir 99 dans le code postal puis la ville et le pays.
(exemple: 99 - Canberra - AUSTRALIE)

Type de dirigeant :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ administrateur
- ☐ contrôleur de gestion
- ☐

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

- ☐ directeur général ou co-directeur général
- ☐ entrepreneur individuel
- ☐ gérant ou co-gérant
- ☐ président
- ☐ co-président

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Bulletin n°3 du casier judiciaire du représentant légal de moins de trois mois :

Vous pouvez réaliser une demande d'extrait de casier judiciaire en ligne à l'adresse suivante : <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml>.

CNI ou Passeport

Désignation de la/des personne(s) morale(s) responsable(s) légale(s) de l'entreprise de transports sanitaires :ou du GIE numéro SIREN

dénomination sociale

adresse

indiquer celle déclarée au RCS

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ justificatif d'inscription au RCS

représentant(x) légal(aux)

il convient de communiquer un titre d'identité pour chaque personne physique ayant statut de représentant légal de la société dirigeant l'entreprise de transports sanitaires

ces personnes auront le statut de représentant permanent de l'entreprise de transport sanitaire et seront les interlocuteurs physiques de l'ARS HDF.

CNI, Passeport ou tout autre titre d'identité

numéro SIREN

dénomination sociale

adresse

indiquer celle déclarée au RCS

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ justificatif d'inscription au RCS

représentant(x) légal(aux)

il convient de communiquer un titre d'identité pour chaque personne physique ayant statut de représentant légal de la société dirigeant l'entreprise de transports sanitaires
ces personnes auront le statut de représentant permanent de l'entreprise de transport sanitaire et seront les interlocuteurs physiques de l'ARS HDF.

CNI, Passeport ou tout autre titre d'identité

numéro SIREN

dénomination sociale

adresse

indiquer celle déclarée au RCS

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ justificatif d'inscription au RCS

représentant(x) légal(aux)

il convient de communiquer un titre d'identité pour chaque personne physique ayant statut de représentant légal de la société dirigeant l'entreprise de transports sanitaires
ces personnes auront le statut de représentant permanent de l'entreprise de transport sanitaire et seront les interlocuteurs physiques de l'ARS HDF.

CNI, Passeport ou tout autre titre d'identité

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ STATUTS DE LA SOCIETE

les statuts communiqués seront identiques à ceux transmis au greffe du tribunal de commerce

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Procès verbal d'assemblée générale constitutive

uniquement si vous avez recours à cette formalité

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ STATUTS DU GIE

les statuts communiqués seront identiques à ceux transmis au greffe du tribunal de commerce

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES LOCAUX

Conditions exigées des installations matérielles :

Conformément aux dispositions de l'annexe 5 de l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres, les installations matérielles comprennent :

- un local sur le territoire de l'agrément destiné à l'accueil des patients ou de leur famille ;
- un ou des locaux permettant la désinfection et l'entretien courant des véhicules ainsi que la maintenance du matériel situé(s) dans la commune, groupement de communes ou l'agglomération de chaque implantation ;
- un ou des aires de stationnement comportant un garage couvert (pour accueillir au moins une ambulance) située(s) dans la commune ou l'agglomération de chaque implantation et doivent être suffisamment vastes pour permettre le stationnement des véhicules inscrits au dossier d'agrément.

Nous vous rappelons qu'en tant qu'employeur vous devez mettre à la disposition des travailleurs les moyens d'assurer leur propreté individuelle, notamment des vestiaires, des lavabos, des cabinets d'aisance et, le cas échéant, des douches (R.4228-1 et suivants du code du travail). Pour plus de renseignements concernant les obligations attendant au code du travail, nous vous invitons à prendre contact avec les services de la DREETS.

Renseignements concernant les installations matérielles :

Vous devez renseigner l'adresse des locaux affectés à l'activité de transport sanitaire et, pour chacun de ceux-ci, son usage .

Vous devez vous assurer que vos locaux sont conformes à la réglementation en vigueur. Pour vous aider, nous avons listé les principaux points de contrôle à vérifier et à cocher.

Enfin, vous devez attester sur l'honneur que vos installations matérielles sont conformes aux normes en vigueur.

Adresse(s) des locaux de l'entreprise ou du nouvel établissement secondaire :

Adresses des différents locaux/installations exigés :

Veuillez sélectionner dans la liste déroulante tous les locaux se trouvant à la même adresse.

Si les adresses sont différentes, ajoutez chacune des adresses en cliquant sur "Ajouter un élément pour adresse de vos locaux" en dessous du bloc et renseignez-les. Répétez l'opération chaque fois que vous avez une adresse différente.

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Le siège social
- ☐ Le local d'accueil de la patientèle
- ☐ Le local de désinfection et d'entretien courant des véhicules
- ☐ Les aires de stationnement
- ☐ Le garage couvert pour accueillir au moins une ambulance

Adresse :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

transmettre une photographie du local d'accueil, des aires de stationnement, de l'aire de désinfection et du garage couvert

Adresses des différents locaux/installations exigés :

Veuillez sélectionner dans la liste déroulante tous les locaux se trouvant à la même adresse.

Si les adresses sont différentes, ajoutez chacune des adresses en cliquant sur "Ajouter un élément pour adresse de vos locaux" en dessous du bloc et renseignez-les. Répétez l'opération chaque fois que vous avez une adresse différente.

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Le siège social
- ☐ Le local d'accueil de la patientèle
- ☐ Le local de désinfection et d'entretien courant des véhicules
- ☐ Les aires de stationnement
- ☐ Le garage couvert pour accueillir au moins une ambulance

Adresse :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ PHOTOGRAPHIES DES LOCAUX

transmettre une photographie du local d'accueil, des aires de stationnement, de l'aire de désinfection et du garage couvert

Adresses des différents locaux/installations exigés :

Veuillez sélectionner dans la liste déroulante tous les locaux se trouvant à la même adresse.

Si les adresses sont différentes, ajoutez chacune des adresses en cliquant sur "Ajouter un élément pour adresse de vos locaux" en dessous du bloc et renseignez-les. Répétez l'opération chaque fois que vous avez une adresse différente.

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Le siège social
- ☐ Le local d'accueil de la patientèle
- ☐ Le local de désinfection et d'entretien courant des véhicules
- ☐ Les aires de stationnement
- ☐ Le garage couvert pour accueillir au moins une ambulance

Adresse :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ PHOTOGRAPHIES DES LOCAUX

transmettre une photographie du local d'accueil, des aires de stationnement, de l'aire de désinfection et du garage

CONFORMITE DES INSTALLATIONS MATERIELLES

Le local d'accueil de la patientèle sera signalé extérieurement par une plaque ou une enseigne ?

l'apposition de la plaque ou de l'enseigne se fera après décision favorable

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Les locaux sont équipés de vestiaires permettant au personnel de porter sa tenue professionnelle exclusivement dans le cadre de l'activité professionnelle ?

le port de la tenue d'ambulancier est interdite en dehors de l'activité professionnelle.

le personnel ne peut ni arriver ni partir de l'entreprise en portant sa tenue professionnelle.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Les modalités d'accueil seront affichées et lisibles de l'extérieur ?

les modalités d'accueil précisent les jours et heures d'accueil au sein de ce local, ou toutes dispositions alternatives aux heures et jours d'ouverture.

elles seront affichées après décision favorable.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ attestation sur l'honneur de conformité des installations matérielles

a retourner datée, signée et revêtue du cachet de la société

J'atteste/nous attestons sur l'honneur de la conformité aux dispositions de l'article R.6312-13 du code de la santé publique des installations matérielles précitées.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage/nous nous engageons à ce que mes locaux respectent la réglementation en vigueur tout au long de leurs exercices.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

J'atteste que toutes les sociétés adhérentes au GIE disposent de locaux conformes aux dispositions de l'article R.6312-13 du code de la santé publique des installations matérielles précitées.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES
J'ai/Nous avons bien noté qu'en cas de manquement(s) aux dispositions réglementaires, je m'expose/nous nous exposons à une convocation en sous-comité des transports sanitaires où une sanction pouvant aller jusqu'au retrait d'agrément peut être prononcée à mon/notre encontre conformément à l'article R. 6312-5 du code de la santé publique.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En outre, j'ai/ nous avons pris connaissance qu'en cas d'établissement d'une attestation ou d'un certificat faisant état de faits matériellement inexacts, de falsification d'une attestation ou d'un certificat originairement sincère et d'usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié, j'/encours/ nous encourons une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

PROTOCOLES DE DESINFECTION

PROTOCOLES DE DESINFECTION

Protocoles de désinfection exigés :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection mis en œuvre avant chaque transport

☐ Protocole hebdomadaire de nettoyage et de désinfection

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection entre chaque patient

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection avant et après un patient contagieux

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre ici :

Pour télécharger plusieurs protocoles, veuillez cliquer sur "+ ajouter un élément pour "PROTOCOLES DE DESINFECTION" en dessous de ce bloc, et télécharger les protocoles supplémentaires.

Protocoles de désinfection exigés :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection mis en œuvre avant chaque transport

☐ Protocole hebdomadaire de nettoyage et de désinfection

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection entre chaque patient

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection avant et après un patient contagieux

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre ici :

Pour télécharger plusieurs protocoles, veuillez cliquer sur "+ ajouter un élément pour "PROTOCOLES DE DESINFECTION" en dessous de ce bloc, et télécharger les protocoles supplémentaires.

Protocoles de désinfection exigés :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection mis en œuvre avant chaque transport

☐ Protocole hebdomadaire de nettoyage et de désinfection

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection entre chaque patient

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

☐ Protocole de nettoyage et de désinfection avant et après un patient contagieux

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre ici :

Pour télécharger plusieurs protocoles, veuillez cliquer sur "+ ajouter un élément pour "PROTOCOLES DE DESINFECTION" en dessous de ce bloc, et télécharger les protocoles supplémentaires.

DOCUMENT D'ARCHIVAGE DES OPERATIONS DE DESINFECTION

Document d'archivage chronologique des procédures de nettoyage et de désinfection (carnet de désinfection).
Vous devez y inscrire chronologiquement toutes les opérations de nettoyage et de désinfection mises en oeuvre pour chacun des véhicules sanitaires.

Il doit être conservé dans l'entreprise afin d'être présenté aux contrôles des autorités compétentes, à la demande des prescripteurs ou des patients eux-mêmes.

Nous vous recommandons de conserver un document dans chacun des véhicules de transport sanitaire mis en service afin d'être en mesure de les présenter aux autorités lors des contrôles inopinés.

J'atteste de la mise en place d'un dispositif chronologique des procédures de nettoyage et de désinfection (carnet de désinfection) au sein de mon entreprise et également dans tous mes établissements secondaires le cas échéant.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

J'atteste que toutes les sociétés adhérentes au GIE disposent d'un dispositif chronologique des procédures de nettoyage et de désinfection (carnet de désinfection).d'archivage e locaux conformes aux dispositio

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

LES TENUES PROFESSIONNELLES

Les tenues professionnelles :

Le port de la tenue est obligatoire dans le cadre de l'activité professionnelle.

En dehors de l'activité professionnelle, le port de la tenue est proscrit.

L'entreprise de transport sanitaire terrestre tient à la disposition du personnel un ou plusieurs changes.

J'atteste mettre à disposition au moins deux tenues professionnelles par membre d'équipage.

La tenue professionnelle est composée des pièces suivantes :

- un pantalon,
- un haut au choix de la société,
- un blouson.

La couleur dominante de la tenue professionnelle est blanche et/ou bleue. Il peut y être ajouté des éléments rétroréfléchissants sécurisant le travail de nuit.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Nombre de tenue de rechange fournie :

J'atteste que toutes les sociétés adhérentes au GIE mettent à disposition de leur personnel des tenues professionnelles complètes en nombre suffisant pour exercer leur activité de transporteurs sanitaires

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES CONCERNANT CHACUN DES VEHICULES SANITAIRES MIS EN SERVICE

Conditions générales relatives aux véhicules

Chaque véhicule mis en service doit être conforme en tous points aux dispositions de l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

Le flocage des véhicules doit notamment indiquer soit la dénomination juridique soit la dénomination commerciale de l'entreprise. Ce flocage doit être manuellement inamovible.

Les dispositifs de flocage temporaire comme un support magnétique ou une simple feuille glissée contre le vitrage sont interdits.

Par ailleurs, pour la participation à la garde ambulancière, il est imposé de mettre en œuvre soit un véhicule de catégorie A (ASSU) soit un véhicule de catégorie C (Ambulance) disposant des équipements d'un véhicule de catégorie A.

De plus, un véhicule de plus de quatre ans ne peut être cédé sans un contrôle technique de moins de six mois.

Véhicule de transport sanitaire :

Numéro d'immatriculation du véhicule :

Les plaques délivrées depuis 2009 utilisent le format composé de sept caractères alphanumériques : deux lettres, trois chiffres et deux lettres, les trois parties étant séparées par des tirets.

Exemple: AA-001-AA

Date de première mise en circulation du véhicule :

a prendre sur le certificat d'immatriculation du véhicule

date de première mise en circulation inférieure ou supérieure à douze mois

si le véhicule circule depuis plus d'un an, il doit impérativement avoir fait l'objet d'un contrôle technique dont la validité est de douze mois.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ inférieure à douze mois

☐ supérieure à douze mois

Marque :

Catégorie et type du véhicule :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ambulance Catégorie A - Type B (ASSU)

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

- ☐ Ambulance Catégorie C - Type A
- ☐ Véhicule Sanitaire Léger Catégorie D

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Certificat d'immatriculation :

Il s'agit d'une copie de la carte grise du véhicule sanitaire au nom de l'entreprise de transports sanitaires. Cédante pour les dossiers de cession et au nom de l'entreprise requérante pour les dossiers de modification d'implantation

mode d'exploitation du véhicule

la société apparaît en ligne C1 si elle est propriétaire du véhicule
elle apparaît en ligne C3 si elle exploite le véhicule dans le cadre d'un contrat (crédit-bail, leasing, location longue durée, location avec option d'achat...)

Un certificat d'immatriculation ne faisant pas apparaître l'entreprise qui l'exploite au jour de dépôt du dossier sera considéré comme irrecevable.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Véhicule en pleine propriété
- ☐ Véhicule exploité par contrat

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Contrôle technique :

les véhicules dont la première date de mise en service est supérieure à douze mois doivent avoir fait l'objet d'un contrôle technique de moins de douze mois.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Certificat UTAC ou d'un laboratoire européen agréé uniquement pour les véhicules de catégorie A (type B) ou C (type A)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Ajouter la copie du document justifiant du droit d'usage du véhicule

Joindre le contrat avec la durée d'exploitation du véhicule:

- leasing
- location longue durée
- location avec option d'achat
- crédit-bail

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ document actant d'un accord de principe du transfert du contrat d'exploitation

la cession du droit d'usage du véhicule implique que le bailleur autorise le transfert du contrat d'exploitation au bénéfice de l'acquéreur du véhicule. Ce dernier devra donc prouver sa capacité financière à honorer le contrat.

Numéro d'immatriculation du véhicule :

Les plaques délivrées depuis 2009 utilisent le format composé de sept caractères alphanumériques : deux lettres, trois chiffres et deux lettres, les trois parties étant séparées par des tirets.

Exemple: AA-001-AA

Date de première mise en circulation du véhicule :

a prendre sur le certificat d'immatriculation du véhicule

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

date de première mise en circulation inférieure ou supérieure à douze mois

si le véhicule circule depuis plus d'un an, il doit impérativement avoir fait l'objet d'un contrôle technique dont la validité est de douze mois.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ inférieure à douze mois

☐ supérieure à douze mois

Marque :

Catégorie et type du véhicule :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ambulance Catégorie A - Type B (ASSU)

☐ Ambulance Catégorie C - Type A

☐ Véhicule Sanitaire Léger Catégorie D

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Certificat d'immatriculation :

Il s'agit d'une copie de la carte grise du véhicule sanitaire au nom de l'entreprise de transports sanitaires. cédante pour les dossiers de cession et au nom de l'entreprise requérante pour les dossiers de modification d'implantation

mode d'exploitation du véhicule

la société apparaît en ligne C1 si elle est propriétaire du véhicule

elle apparaît en ligne C3 si elle exploite le véhicule dans le cadre d'un contrat (crédit-bail, leasing, location longue durée, location avec option d'achat...)

Un certificat d'immatriculation ne faisant pas apparaître l'entreprise qui l'exploite au jour de dépôt du dossier sera considéré comme irrecevable.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Véhicule en pleine propriété

☐ Véhicule exploité par contrat

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Contrôle technique :

les véhicules dont la première date de mise en service est supérieure à douze mois doivent avoir fait l'objet d'un contrôle technique de moins de douze mois.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Certificat UTAC ou d'un laboratoire européen agréé uniquement pour les véhicules de catégorie A (type B) ou C (type A)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Ajouter la copie du document justifiant du droit d'usage du véhicule

Joindre le contrat avec la durée d'exploitation du véhicule:

- leasing
- location longue durée
- location avec option d'achat
- crédit-bail

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

la cession du droit d'usage du véhicule implique que le bailleur autorise le transfert du contrat d'exploitation au bénéfice de l'acquéreur du véhicule. Ce dernier devra donc prouver sa capacité financière à honorer le contrat.

Numéro d'immatriculation du véhicule :

Les plaques délivrées depuis 2009 utilisent le format composé de sept caractères alphanumériques : deux lettres, trois chiffres et deux lettres, les trois parties étant séparées par des tirets.

Exemple: AA-001-AA

Date de première mise en circulation du véhicule :

a prendre sur le certificat d'immatriculation du véhicule

date de première mise en circulation inférieure ou supérieure à douze mois

si le véhicule circule depuis plus d'un an, il doit impérativement avoir fait l'objet d'un contrôle technique dont la validité est de douze mois.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ inférieure à douze mois

☐ supérieure à douze mois

Marque :

Catégorie et type du véhicule :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ambulance Catégorie A - Type B (ASSU)

☐ Ambulance Catégorie C - Type A

☐ Véhicule Sanitaire Léger Catégorie D

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Certificat d'immatriculation :

Il s'agit d'une copie de la carte grise du véhicule sanitaire au nom de l'entreprise de transports sanitaires. cédante pour les dossiers de cession et au nom de l'entreprise requérante pour les dossiers de modification d'implantation

mode d'exploitation du véhicule

la société apparaît en ligne C1 si elle est propriétaire du véhicule

elle apparaît en ligne C3 si elle exploite le véhicule dans le cadre d'un contrat (crédit-bail, leasing, location longue durée, location avec option d'achat...)

Un certificat d'immatriculation ne faisant pas apparaître l'entreprise qui l'exploite au jour de dépôt du dossier sera considéré comme irrecevable.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Véhicule en pleine propriété

☐ Véhicule exploité par contrat

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Contrôle technique :

les véhicules dont la première date de mise en service est supérieure à douze mois doivent avoir fait l'objet d'un contrôle technique de moins de douze mois.

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Certificat UTAC ou d'un laboratoire européen agréé uniquement pour les véhicules de catégorie A (type B) ou C (type A)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Ajouter la copie du document justifiant du droit d'usage du véhicule

Joindre le contrat avec la durée d'exploitation du véhicule:

- leasing
- location longue durée
- location avec option d'achat
- crédit-bail

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ document actant d'un accord de principe du transfert du contrat d'exploitation

la cession du droit d'usage du véhicule implique que le bailleur autorise le transfert du contrat d'exploitation au bénéfice de l'acquéreur du véhicule. Ce dernier devra donc prouver sa capacité financière à honorer le contrat.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE LA CONFORMITE D'UN VEHICULE DE TRANSPORT SANITAIRE

J'atteste/nous attestons sur l'honneur de la conformité aux dispositions de l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres et de l'arrêté n°DOS-2018-1889 du 02 août 2018 portant expérimentation du droit de dérogation reconnu au Directeur général de

l'Agence régionale de santé concernant le dossier d'agrément des sociétés de transports sanitaires et des véhicules de transports sanitaires et son arrêté rectificatif en date du 28 août 2018 des véhicules précités.

Je m'engage/nous nous engageons à que ces véhicules respectent la réglementation en vigueur tout au long de leur mise en service.

J'ai/Nous avons bien noté qu'en cas de manquement(s) aux dispositions réglementaires, je m'expose/nous nous exposons à une convocation en sous-comité des transports sanitaires où une sanction pouvant aller jusqu'au retrait d'agrément peut être prononcée à mon/notre encontre conformément à l'article R. 6312-5 du code de la santé publique.

En outre, j'ai/nous avons pris connaissance qu'en cas d'établissement d'une attestation ou d'un certificat faisant état de faits matériellement inexacts, de falsification d'une attestation ou d'un certificat originairement sincère et d'usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié, j'/nous encours/encourons une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende conformément aux dispositions de l'article 441-7 du code pénal.

J'atteste/ nous attestons sur l'honneur de la conformité aux dispositions de l'arrêté du 21 décembre 1987 et de l'arrêté du 12 décembre 2017 du véhicule cité précédemment.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage/nous nous engageons à ce que ces véhicules respectent la réglementation en vigueur tout au long de leurs mise en service.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

J'atteste que toutes les sociétés adhérentes au GIE disposent de véhicules conformes à la réglementation en vigueur et je m'engage à ce qu'ils respectent la réglementation en vigueur tout au long de leurs mise en service.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

J'ai/Nous avons bien noté qu'en cas de manquement(s) aux dispositions réglementaires, je m'expose / nous nous exposons à une convocation en sous-comité des transports sanitaires où une sanction pouvant aller jusqu'au retrait d'agrément peut être prononcée à mon/notre encontre conformément à l'article R. 6312-5 du code de la santé publique.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En outre, j'ai/nous pris connaissance qu'en cas d'établissement d'une attestation ou d'un certificat faisant état de faits matériellement inexacts, de falsification d'une attestation ou d'un certificat originairement sincère et d'usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié, j'encours/nous encourons une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES MEMBRES D'EQUIPAGE

Rappel sur la composition des équipages :

Conformément aux dispositions de l'article R.6312-6 du code de la santé publique et de l'arrêté du 21 décembre 1987 relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires, vous devez garantir par implantation au moins autant d'équipages employés à temps complet, ou en équivalent temps plein que de véhicules A ou C (ASSU ou ambulances).

Conformément aux dispositions des articles R.6312-7 et R.6312-10 du code de la santé publique : l'équipage d'une ambulance est composé de deux personnes dont au moins une personne titulaire du DEA (ou CCA ou DA).

L'équipage d'un VSL est composé d'une personne titulaire du DEA (ou CCA OU DA) ou CCCS ou de la carte d'auxiliaire sanitaire ou appartenant aux professions réglementées des livres I et III (professions médicales, auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture. . .).

Conformément aux dispositions de l'article R.6312-7 et R.6312-10 du code de la santé publique, les membres d'équipage sans diplôme ou titre peuvent uniquement conduire les ambulances (catégories A et C) et ne sont pas autorisés à conduire les véhicules sanitaires légers (VSL).

Un personnel non diplômé ne dispose pas des qualifications requises pour assurer la surveillance du patient dans la cellule sanitaire de l'ambulance.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ état récapitulatif des personnels mettant en œuvre les véhicules de transports sanitaires

un état récapitulatif est produit par établissement afin de s'assurer qu'il y a bien autant d'équipages composés équivalent ETP que de véhicules présents sur site.

Membre d'équipage

Civilité :

☐ Mme

☐ M.

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Nom de famille :

(appelé aussi nom de naissance)

Nom d'usage :

(appelé aussi nom de mariage)

Prénom :

En l'absence de prénom, veuillez renseigner ce qui est indiqué sur la pièce d'identité.

Date de naissance :**Commune de naissance :****Quotité de temps de travail dédiée a l'activité de transports sanitaires au sein de l'entreprise ou de l'établissement secondaire en % :****Date d'obtention du permis de conduire de catégorie B :**

Conformément aux dispositions de l'article R.6312-7 du code de la santé publique, les membres d'équipage doivent être titulaires du permis de conduire de catégorie B en cours de validité et ne doivent pas être au nombre des conducteurs auxquels s'appliquent les dispositions des articles R. 413-5 et R. 413-6 du même code.

si un code 106 est mentionné sur les permis de conduire des conducteurs en période probatoire (nouveaux titulaires du permis de conduire pour la première fois ou à la suite d'annulation judiciaire ou dans certains cas suite à une invalidation administrative), ces personnes ne remplissent pas les conditions d'exercice professionnel pendant la période indiquée.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie recto verso du permis de conduire :

format PDF

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances en cours de validité :

Conformément aux dispositions de l'article R.221-11 du code de la route, l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances (ou son renouvellement) est délivrée selon des périodicités maximales qui varient selon l'âge du conducteur :

- 5 ans pour les conducteurs de moins de 60 ans
- 2 ans à partir de l'âge de 60 ans
- 1 an à partir de l'âge de 76 ans.

Diplôme ou qualification du membre d'équipage :

Les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire terrestre mentionnés à l'article R. 6312-7

Veuillez renseigner le diplôme ou la qualification le ou la plus élevé(e).

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

- ☐ DA (diplôme d'ambulancier)
- ☐ CCA (certificat de capacité d'ambulancier)
- ☐ Auxiliaire ambulancier
- ☐ CCCS (Certificat de compétence de citoyen sauveteur)
- ☐ AFPS (ancienne formation aux premiers secours)
- ☐ BNS (Brevet national de secourisme)
- ☐ BNPS (Brevet National de Premiers Secours)
- ☐ BEDPS (Brevet Européen Des Premiers Secours)
- ☐ sapeur-pompier
- ☐ médecin
- ☐ sage-femme
- ☐ infirmier
- ☐ aide-soignant
- ☐ auxiliaire de puériculture
- ☐ conducteur d'ambulance

Date d'obtention du diplôme ou qualification le/la plus élevé(e) :

Veuillez renseigner la date d'obtention du diplôme ou la qualification le ou la plus élevé(e).

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Copie du diplôme ou qualification le/la plus élevé(e) obtenu(e) :

En cas de doute sur l'authenticité d'un titre de formation ou d'un diplôme, nous vous invitons à contacter les autorités/organismes ayant délivré le titre.

Exemple : vous pouvez vérifier l'authenticité des DEA obtenus auprès de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)

Date d'obtention ou de renouvellement de l'AFGSU 2 :

Conformément à l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, l'AFGSU 2 a une durée de validité de quatre ans, la prorogation de l'attestation est subordonnée au suivi d'une formation d'actualisation.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre la copie de l'AFGSU2 ou du recyclage de l'AFGSU2 ou de l'inscription au recyclage :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ déclaration individuelle du personnel

Civilité :

- ☐ Mme

- ☐ M.

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Nom de famille :

(appelé aussi nom de naissance)

Nom d'usage :

(appelé aussi nom de mariage)

Prénom :

En l'absence de prénom, veuillez renseigner ce qui est indiqué sur la pièce d'identité.

Date de naissance :**Commune de naissance :****Quotité de temps de travail dédiée a l'activité de transports sanitaires au sein de l'entreprise ou de l'établissement secondaire en % :****Date d'obtention du permis de conduire de catégorie B :**

Conformément aux dispositions de l'article R.6312-7 du code de la santé publique, les membres d'équipage doivent être titulaires du permis de conduire de catégorie B en cours de validité et ne doivent pas être au nombre des conducteurs auxquels s'appliquent les dispositions des articles R. 413-5 et R. 413-6 du même code.

si un code 106 est mentionné sur les permis de conduire des conducteurs en période probatoire (nouveaux titulaires du permis de conduire pour la première fois ou à la suite d'annulation judiciaire ou dans certains cas suite à une invalidation administrative), ces personnes ne remplissent pas les conditions d'exercice professionnel pendant la période indiquée.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie recto verso du permis de conduire :

format PDF

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances en cours de validité :

Conformément aux dispositions de l'article R.221-11 du code de la route, l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances (ou son renouvellement) est délivrée selon des périodicités maximales qui varient selon l'âge du conducteur :

- 5 ans pour les conducteurs de moins de 60 ans
- 2 ans à partir de l'âge de 60 ans
- 1 an à partir de l'âge de 76 ans.

Diplôme ou qualification du membre d'équipage :

Les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire terrestre mentionnés à l'article R. 6312-7

Veuillez renseigner le diplôme ou la qualification le ou la plus élevé(e).

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

- ☐ DA (diplôme d'ambulancier)
- ☐ CCA (certificat de capacité d'ambulancier)
- ☐ Auxiliaire ambulancier
- ☐ CCCS (Certificat de compétence de citoyen sauveteur)
- ☐ AFPS (ancienne formation aux premiers secours)
- ☐ BNS (Brevet national de secourisme)
- ☐ BNPS (Brevet National de Premiers Secours)
- ☐ BEDPS (Brevet Européen Des Premiers Secours)
- ☐ sapeur-pompier
- ☐ médecin
- ☐ sage-femme
- ☐ infirmier
- ☐ aide-soignant
- ☐ auxiliaire de puériculture
- ☐ conducteur d'ambulance

Date d'obtention du diplôme ou qualification le/la plus élevé(e) :

Veuillez renseigner la date d'obtention du diplôme ou la qualification le ou la plus élevé(e).

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Copie du diplôme ou qualification le/la plus élevé(e) obtenu(e) :

En cas de doute sur l'authenticité d'un titre de formation ou d'un diplôme, nous vous invitons à contacter les autorités/organismes ayant délivré le titre.

Exemple : vous pouvez vérifier l'authenticité des DEA obtenus auprès de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)

Date d'obtention ou de renouvellement de l'AFGSU 2 :

Conformément à l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, l'AFGSU 2 a une durée de validité de quatre ans, la prorogation de l'attestation est subordonnée au suivi d'une formation d'actualisation.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre la copie de l'AFGSU2 ou du recyclage de l'AFGSU2 ou de l'inscription au recyclage :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ déclaration individuelle du personnel

Civilité :

- ☐ Mme

- ☐ M.

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Nom de famille :

(appelé aussi nom de naissance)

Nom d'usage :

(appelé aussi nom de mariage)

Prénom :

En l'absence de prénom, veuillez renseigner ce qui est indiqué sur la pièce d'identité.

Date de naissance :**Commune de naissance :****Quotité de temps de travail dédiée a l'activité de transports sanitaires au sein de l'entreprise ou de l'établissement secondaire en % :****Date d'obtention du permis de conduire de catégorie B :**

Conformément aux dispositions de l'article R.6312-7 du code de la santé publique, les membres d'équipage doivent être titulaires du permis de conduire de catégorie B en cours de validité et ne doivent pas être au nombre des conducteurs auxquels s'appliquent les dispositions des articles R. 413-5 et R. 413-6 du même code.

si un code 106 est mentionné sur les permis de conduire des conducteurs en période probatoire (nouveaux titulaires du permis de conduire pour la première fois ou à la suite d'annulation judiciaire ou dans certains cas suite à une invalidation administrative), ces personnes ne remplissent pas les conditions d'exercice professionnel pendant la période indiquée.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie recto verso du permis de conduire :

format PDF

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances en cours de validité :

Conformément aux dispositions de l'article R.221-11 du code de la route, l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances (ou son renouvellement) est délivrée selon des périodicités maximales qui varient selon l'âge du conducteur :

- 5 ans pour les conducteurs de moins de 60 ans
- 2 ans à partir de l'âge de 60 ans
- 1 an à partir de l'âge de 76 ans.

Diplôme ou qualification du membre d'équipage :

Les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire terrestre mentionnés à l'article R. 6312-7

Veuillez renseigner le diplôme ou la qualification le ou la plus élevé(e).

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

- ☐ DA (diplôme d'ambulancier)
- ☐ CCA (certificat de capacité d'ambulancier)
- ☐ Auxiliaire ambulancier
- ☐ CCCS (Certificat de compétence de citoyen sauveteur)
- ☐ AFPS (ancienne formation aux premiers secours)
- ☐ BNS (Brevet national de secourisme)
- ☐ BNPS (Brevet National de Premiers Secours)
- ☐ BEDPS (Brevet Européen Des Premiers Secours)
- ☐ sapeur-pompier
- ☐ médecin
- ☐ sage-femme
- ☐ infirmier
- ☐ aide-soignant
- ☐ auxiliaire de puériculture
- ☐ conducteur d'ambulance

Date d'obtention du diplôme ou qualification le/la plus élevé(e) :

Veuillez renseigner la date d'obtention du diplôme ou la qualification le ou la plus élevé(e).

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Copie du diplôme ou qualification le/la plus élevé(e) obtenu(e) :

En cas de doute sur l'authenticité d'un titre de formation ou d'un diplôme, nous vous invitons à contacter les autorités/organismes ayant délivré le titre.

Exemple : vous pouvez vérifier l'authenticité des DEA obtenus auprès de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)

Date d'obtention ou de renouvellement de l'AFGSU 2 :

Conformément à l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, l'AFGSU 2 a une durée de validité de quatre ans, la prorogation de l'attestation est subordonnée au suivi d'une formation d'actualisation.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre la copie de l'AFGSU2 ou du recyclage de l'AFGSU2 ou de l'inscription au recyclage :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ déclaration individuelle du personnel

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) de l'entreprise de transports sanitaires précitée, atteste sur l'honneur que ces personnels remplissent les conditions d'exercice fixées par la réglementation en vigueur.

En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, je m'expose/nous nous exposons à des sanctions conformément à l'article R.6312-5 du code de la santé publique. Indépendamment de ces sanctions, toute fausse déclaration ainsi que

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

l'usage d'un document falsifié sont passibles des peines prévues par les articles 441-6 et suivants du code pénal.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) du GIE précité, atteste sur l'honneur que les personnels des sociétés qui le composent remplissent les conditions d'exercice fixées par la réglementation en vigueur.

En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, je m'expose/nous nous exposons à des sanctions conformément à l'article R.6312-5 du code de la santé publique. Indépendamment de ces sanctions, toute fausse déclaration ainsi que l'usage d'un document falsifié sont passibles des peines prévues par les articles 441-6 et suivants du code pénal.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE CEDANTE

Dénomination juridique de l'entreprise cédante

Dénomination juridique ou commerciale de l'entreprise ou de l'établissement secondaire cédant

Permet d'indiquer le cas échéant d'où partent les véhicules cédés

Numéro d'agrément de l'entreprise ou de l'établissement secondaire cédant

Adresse de l'entreprise cédante ou de l'établissement cédant

Secteur de garde

Représentants légaux de l'entreprise cédante

indiquer le Prénom, le Nom et la fonction du(des) représentant(s) légal(aux)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ acte de cession du (des) véhicule(s) ou de leur droit d'usage

l'acte de cession doit porter exclusivement sur les véhicules ou sur le droit d'usage de ces derniers. Il ne peut être fait référence à une cession de leurs autorisations de mise en service. Il en va de même pour l'agrément de l'entreprise qui est également incessible.

En cas de cession du fonds de commerce, les véhicules doivent pouvoir être clairement identifiés dans l'acte. La même procédure est utilisée pour les transmissions universelles de patrimoine ou les opérations de fusion/intégration entre entreprises.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE DES VEHICULES

Dénomination juridique ou commerciale de l'établissement d'origine des véhicules

Doit permettre d'identifier l'établissement de stationnement des véhicules dont l'implantation doit être modifiée

En l'absence de dénomination juridique ou commerciale spécifique, indiquer de la manière suivante :

DENOMINATION JURIDIQUE - COMMUNE D'IMPLANTATION

Adresse de l'établissement d'origine des véhicules

SOCIETES COMPOSANT LE GIE

SOCIETE ADHERENTE AU GIE
DENOMINATION JURIDIQUE DE LA SOCIETE

DENOMINATION COMMERCIALE DE LA SOCIETE

NUMERO SIREN

NUMERO AGREMENT TRANSPORTS SANITAIRES

ADRESSE DE LA SOCIETE

Se référer à l'adresse de l'agrément

DENOMINATION JURIDIQUE DE LA SOCIETE

DENOMINATION COMMERCIALE DE LA SOCIETE

NUMERO SIREN

NUMERO AGREMENT TRANSPORTS SANITAIRES

ADRESSE DE LA SOCIETE

Se référer à l'adresse de l'agrément

DENOMINATION JURIDIQUE DE LA SOCIETE

DENOMINATION COMMERCIALE DE LA SOCIETE

ARS- HDF : DEMANDE D'AGREMENT POUR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES

NUMERO SIREN

NUMERO AGREMENT TRANSPORTS SANITAIRES

ADRESSE DE LA SOCIETE

Se référer à l'adresse de l'agrément

J'atteste que les sociétés composant le GIE remplissent les conditions d'attribution d'un agrément de transports sanitaires

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

REGLEMENTE GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES

L'Agence régionale de santé Hauts de France (ci-après ARS) procède à un traitement de données à caractère personnel pour permettre la gestion et le suivi des agréments des transporteurs sanitaires et des autorisations de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres conformément aux dispositions des articles L.6312-2 et suivants et R.6312-1 et suivants du code de la santé publique.

Ce traitement relève de l'exercice de l'autorité publique à laquelle l'ARS, en sa qualité de responsable de traitement, est investie en application de l'article 6.1.e du Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016. Les données enregistrées sont conservées jusqu'au retrait de l'agrément de transport sanitaire et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants: personnels du service régional des transports sanitaires de l'ARS et personnels habilités de l'assurance maladie.

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition aux données vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier signé accompagné de la copie d'un justificatif d'identité au délégué à la protection des données de l'ARS à l'adresse suivante : délégué à la protection des données de l'ARS, 557, avenue Willy Brandt 59777 EURALILLE CEDEX.

Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du RGPD et de la loi informatique et libertés.

Date de la demande

SIGNATURE

Prénom et NOM du représentant légal ou du représentant permanent de l'entreprise