

**Déclaration de remplacement définitif d'un véhicule**
  
**de transports sanitaires terrestres**
  
 Arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres (à transmettre à l'ARS de Mayotte – DOSA, service 1<sup>er</sup> Recours)

|   |                                  |             |                |
|---|----------------------------------|-------------|----------------|
| <b>Identification de l'entreprise :</b> |                                  |             |                |
| .....                                   |                                  |             |                |
| Adresse :                               | .....                            |             |                |
| .....                                   |                                  |             |                |
| .....                                   |                                  |             |                |
| Agrément n°                             | 976.....                         | Tél : ..... | e.mail : ..... |
| Gérant :                                | M <sup>lle</sup> – Mme – M. .... |             |                |

**Demande la vérification de l'équipement et du marquage du nouveau véhicule :**

| Catégorie du véhicule :                           | Immatriculation |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Ambulance de Catégorie A |                 |
| <input type="checkbox"/> Ambulance de Catégorie C |                 |
| <input type="checkbox"/> VSL (Catégorie D)        |                 |

**En remplacement définitif du véhicule immatriculé :** .....

*(Joindre copie carte grise du nouveau véhicule et certificat UTAC).*

Je (nous) soussigné (s), Mme – M. .... représentant (s)  
légal (légaux) de l'entreprise de transports sanitaires .....

Reconnais (reconnaissons) être informé(s) que le nouveau véhicule ci-dessus sera autorisé à effectuer des transports sanitaires une fois que la conformité sera prononcée par les services de l'ARS de Mayotte, conformément 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.

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Nom prénom - signature du gérant - cachet





**ARS MAYOTTE**

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU  
Standard : 02 69 61 12 25



Maescha dé Unono\*  
\*La vie, c'est la santé !