

**Déclaration de remplacement temporaire 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^{er} Recours)

Identification de l'entreprise :

Adresse :

.....

.....

.....

Agrément n°

976.....

Tél :

.....

e.mail :

.....

Gérant :

M^{lle} – M^{me} – M.

Déclare le remplacement temporaire du 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)	

Par le véhicule immatriculé :

Pour la période du :/...../..... **au**/...../.....

Motif du remplacement :

(Joindre copies des cartes grises des véhicules et certificat UTAC).

Je (nous) soussigné (s), M^{me} – M. représentant (s) légal (légaux)
de l'entreprise de transports sanitaires

Atteste (attestons) que le véhicule de remplacement ci-dessus, est conforme aux dispositions de l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestre.

J'informerai (nous informerons) l'ARS de Mayotte de la date de remise en circulation du véhicule remplacé temporairement.

Fait à : **Le :**/...../.....

Nom prénom – signature et cachet du gérant