**ENGAGEMENT DE CONFORMITE D’UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES**

**Raison sociale :**

**Adresse de la société :**

**Numéro SIRET/SIREN :**

**Nom/Prénom du gérant de la société :**

**Téléphone du gérant :**

**Mail de la société :**

**TEXTES DE REFERENCE ET ENGAGEMENT :**

*Je déclare que l’entreprise de transports sanitaires mentionnée ci-dessus, est conforme aux dispositions législatives et règlementaires relatives aux transports sanitaires terrestres et notamment aux dispositions des article L 6312-5, R 6312-1 à R 6312-5 du code de la santé publique, ainsi qu’aux dispositions du décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017.*

*Je m’engage à porter à la connaissance du directeur général de l’agence régionale de santé toutes les modifications intervenues.*

*Je prends acte qu’en application des articles L 1421-1 et L 1435-7 du code de la santé publique, le directeur général de l’agence régionale de santé peut, à tout moment après ouverture des entreprises de transports sanitaires, faire procéder à une visite de conformité ou à une mission d’inspection.*

*Conformément aux dispositions des articles 313-1 à 313-3 – 441-4 et 441-5 du code pénal, le déclarant engage sa responsabilité pénale et s’expose à des conséquences juridiques en cas de fausse déclaration.*

**Nom et Prénom : Date :**

**Fonction dans la société : Signature du gérant**

Les informations recueillies dans le cadre de cet engagement de conformité font l’objet d’un traitement destiné à permettre à l’agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d’Azur l’instruction et le suivi des dossiers relatifs aux transports sanitaires.

Vous pouvez exercer votre droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent conformément au Règlement Général européen pour la Protection des Données du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles (RGPD) et notamment son article 86, en vous adressant à l’agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d’Azur – 132 boulevard de Paris – CS 50039 – 1331 Marseille Cédex 03

**Raison sociale :**

**LE VEHICULE** : **EN REMPLACEMENT DE** :

\* Marque : \* Marque :

\* N° d’immatriculation : \* N° d’immatriculation :

\* N° de série :

Equipé en Equipé en

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **AMBULANCE – catégorie C – Type A** |  | **AMBULANCE – catégorie C – Type A** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **S.M.U.R. – catégorie A – Type C** |  | **S.M.U.R. – catégorie A – Type C** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **A.S.S.U. – catégorie A – Type B (convention hôpital)** |  | **A.S.S.U. – catégorie A – Type B (convention hôpital)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **V.S.L. – catégorie D** |  | **V.S.L. – catégorie D** |

appartenant à :

\* Raison sociale :

\* N° d’agrément : 13-

**Mise en service du véhicule à compter du :**

 **Date :**

 **Nom et Prénom du gérant :**

 **Signature**

**PJ – Photocopie recto-verso de la carte grise du nouveau véhicule**