**ANNEXE 1 - DEMANDE D’AGREMENT**

Monsieur le directeur général

De l’Agence Régionale de Santé

de Provence Alpes Côte d’Azur

Nous/Je soussigné(s)

* Nom Prénom
* Adresse
* N° Tél :

Représentant(s) de la Société :

|  |
| --- |
| **Dénomination sociale de la société :** |
| **Nom commercial (si différent de la dénomination sociale) :** |
| **Forme juridique :** |
| **Adresse de la société :** |
| **Adresse du garage (si différente du local d’accueil)** |
| **E-mail de la Société :** |

Vous demande par la présente, conformément à l’article R 6312-11 du Code de la SantéPublique :

* un agrément de transports sanitaires des malades, blessés ou parturientes effectués :
* Dans tous les cas au titre de l’aide médicale urgente
* Au surplus le cas échéant, aux transports effectués sur prescription médicale.

Et atteste sur l’honneur la conformité des installations matérielles aux normes de l’arrêté 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

Fait à Le

**Signature du ou des responsable(s)**