

	AGENCE DE REGULATION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (ARASS)
	FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT DES TRANSPORTS SANITAIRES TERRESTRES <i>Réf. Arrêté n° 162 CM du 9 février 2001 modifié fixant les conditions d'agrément des transports sanitaires soumis aux dispositions de la délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999, portant création d'un comité territorial de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.</i>

Dépôt du dossier complet auprès de :
 Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale
 B.P. 2551, 98713 Papeete, Tahiti
Pour tous renseignements s'adresser à :
transports.sanitaires.arass@administration.gov.pf **40.48.82.35**

Version Août 2024

(* champs obligatoires à compléter lisiblement et sans ratures)

Précisez s'il s'agit d'une :

- Première demande
- Modification d'agrément

Précisez l'identité du demandeur :

- S'il s'agit d'une personne physique :**

Nom et prénom du demandeur* :

Adresse géographique* :

.....

Adresse postale* :

Adresse mail :

Coordonnées téléphoniques* :

- S'il s'agit d'une personne morale de droit privée :**

Dénomination ou raison sociale, le cas échéant le nom commercial utilisé* :

.....

Forme juridique* :

Adresse géographique du siège social* :

.....

Adresse postale du siège social* :

Adresse mail :

Coordonnées téléphoniques du siège social* :

Identification du représentant de la personne morale, signataire de la demande (Nom et prénom)* :

.....

Adresse postale du représentant de la personne morale, signataire de la demande* :

.....

Coordonnées téléphoniques du représentant de la personne morale, signataire de la demande* :

.....

- S'il s'agit d'une personne morale de droit public :**

Identification (nom de la structure/établissement/administration)* :

.....

Adresse géographique de la structure d'implantation* :

.....
Adresse mail :
Coordonnées téléphoniques de la structure d'implantation de l'activité* :
Identification du représentant de la personne morale, signataire de la demande (Nom et prénom)* :
.....
Adresse postale du représentant de la personne morale, signataire de la demande* :
.....
Coordonnées téléphoniques du représentant de la personne morale, signataire de la demande* :
.....

Préciser la catégorie et le nombre de véhicule qui concerne la demande :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ... Véhicule Sanitaire Léger de CAT. D | <input type="checkbox"/> ... Ambulance type VSAV de CAT. B |
| <input type="checkbox"/> ... Ambulance type ASSU de CAT. A | <input type="checkbox"/> ... Ambulance type VSAB de CAT. B |
| <input type="checkbox"/> ... Ambulance de CAT. C ou VSTT | <input type="checkbox"/> ... Ambulance type VDSTT de CAT. B |

Liste des documents à fournir et informations complémentaires

a) Le demandeur

- S'il s'agit d'une personne physique :

- Une lettre de motivation présentant le projet, détaillant les qualifications et expériences professionnelles du demandeur, décrivant la patientèle visée et le secteur géographique d'implantation de l'activité ;
- Un curriculum vitae ;
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n° 3) daté de moins de trois mois.

- S'il s'agit d'une personne morale de droit privée :

- Une lettre de motivation présentant le projet, détaillant les qualifications et expériences professionnelles du représentant légal, décrivant la patientèle visée et le secteur géographique d'implantation de l'activité ;
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) du représentant de la personne morale, daté de moins de trois mois.

- S'il s'agit d'une personne morale de droit public :

- Une lettre de motivation présentant le projet, décrivant la patientèle visée et le secteur géographique d'implantation de l'activité.

b) Pour les véhicules devant être mis en service (projet d'achat de véhicule) :

- Un devis ou une facture proforma, établi au nom du demandeur, pour l'achat d'un véhicule répondant aux normes réglementaires ;
- Un plan de financement prévisionnel dûment complété (*infra*).

c) Pour les véhicules déjà mis en circulation :

- Des photographies en couleur, intérieurs et extérieurs du(des) véhicule(s) ;
- Une photocopie du recto et du verso du(des) certificat(s) d'immatriculation (carte(s) grise(s)) au nom du demandeur ou de l'entreprise ;
- Une attestation d'assurance du(des) véhicule(s) en cours de validité au nom du demandeur.

d) Renseignements concernant chaque membre d'équipage

- Une liste nominative des membres d'équipage (conducteurs) précisant leurs qualifications (*précisant les Nom et Prénom*) ;
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) daté de moins de trois mois de chaque membre d'équipage ;
- Une photocopie du diplôme ou un justificatif de la qualification professionnelle en cours de validité, requis pour l'exercice de l'activité conformément à l'annexe 4 ;
- Pour les conducteurs, une photocopie recto-verso du permis de conduire, délivré depuis plus de deux ans et en cours de validité.

e) Renseignements concernant l'équipement du véhicule et les installations matérielles

- Plans des locaux affectés à l'activité de transport sanitaire ;
- La déclaration sur l'honneur signée du demandeur attestant que les installations matérielles sont conformes aux annexes 2 et 3 de l'arrêté 162 CM du 9 février 2001 modifié cité en référence, dont le modèle est joint au présent formulaire.

Décrivez le matériel que vous avez acquis, allez acquérir ou qui vous sera prêtés pour le lancement de votre activité :

	Matériel (y compris le local, le véhicule, le mobilier, outils de communication, tenues professionnelles...)	Etes-vous propriétaire Oui /Non	Prêté ou Donné/par qui
Matériel déjà acquis
Matériel à acquérir

f) Un plan de financement prévisionnel de démarrage de l'activité (En cas d'achat d'un véhicule devant être mis en service)

1- <u>Besoins de financement :</u>		<u>Montants (HT)</u>
<ul style="list-style-type: none"> - achat du véhicule - charges véhicules (ex : assurance) - achat de la trousse à pharmacie et autres équipements (ex : tenue professionnelle, revêtement des sièges en matières lavables) - construction ou aménagement de locaux et charges (ex : EDT, téléphone) - produits et matériels d'entretien et d'hygiène du véhicule - autres (ex : formation PSE 1, PSE 2...). 		<ul style="list-style-type: none">
2- <u>Ressources de financement :</u>	TOTAL	
<ul style="list-style-type: none"> - apports en fonds propres - emprunts bancaire (Banque.....durée.....ans, remboursement mensuel.....F CFP) - micro-crédit (ADIE), complément de financement (SOFIDEP) et/ou subvention publique (DGAE, FIP ...) - prêts ou dons familiaux/privés - autres. 		<ul style="list-style-type: none">
	TOTAL	

Date et signature :/...../20....

Déclaration sur l'honneur du demandeur à l'agrément

(Déclaration exigée depuis le 2 octobre 2020 conformément à l'Annexe 1 de l'Arrêté n° 162 CM du 9 février 2001 modifié fixant les conditions d'agrément des transports sanitaires soumis aux dispositions de la délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999, portant création d'un comité territorial de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires)

Je soussigné (e), M.....*, demandeur ou représentant du demandeur à l'agrément pour effectuer du transport sanitaire, atteste avoir pris connaissance des annexes de l'arrêté n° 162/CM du 9 février 2001 fixant les conditions d'agrément des transports sanitaires soumis aux dispositions de la délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999 portant création d'un comité territorial de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, et disposer des installations matérielles conformes à ces dernières.

Fait, le A

Signature :