



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT POUR TRANSPORTS SANITAIRES TERRESTRES

Référence réglementaire : Arrêté n° 162/CM du 9 février 2001 modifié

Nom et prénom du demandeur :

Adresse du demandeur/ du siège social de l'entreprise :

Statut ou projets de statuts pour la (les) société(s).....

Nom commercial de l'entreprise sanitaire privée :

Nom de l'établissement public et/ou commune :

N° de téléphone/portable :Courriel :

a) Le demandeur

1 demande motivée à adresser à Monsieur le Directeur de la santé

1 extrait du casier judiciaire n° 3

1 copie du permis B (*permis B de plus de 2 ans*)

1 copie de l'attestation PSE 1 et /ou PSE 2 (*de l'année en cours*) ou
diplôme équivalent (*en cours de validité*)

b) Préciser la catégorie du véhicule qui concerne la demande

Véhicule Sanitaire Léger de CAT. D

Ambulance type ASSU de CAT .A

Ambulance type VSAV de CAT. B

Ambulance de CAT. C

c) Si projet d'acquisition d'un véhicule neuf ou d'occasion

1 facture pro-forma du concessionnaire précisant les caractéristiques du véhicule (*joindre le catalogue du véhicule*)

d) Si vous êtes déjà en possession d'un véhicule

1 photo du véhicule

1 copie recto-verso de la carte grise du véhicule

1 copie de l'attestation d'assurance du véhicule (*de l'année en cours*)

e) L'équipage

La liste des personnels ainsi que leurs qualifications

1 copie de l'attestation du PSE 1 et ou/PSE 2 (*de l'année en cours*)

ou diplôme équivalent (*de l'année en cours*)

1 copie du permis B (*permis B de plus de 2 ans*)

Dépôt du dossier complet auprès de

Tiare MARTINEZ – tiare.martinez@sante.gov.pf - 40 48 82 36 secrétariat : Tel 40 48 82 35/40 48 82 32