attestation sur l’honneur attestant de l’utilisation exclusive de l’AMS hors quota, à transmettre à l’ARS

Nom de l’entreprise :

N°agrément ARS :

N° SIRET / SIREN :

Représentant(s) légaux :

Adresse :

Immatriculation du véhicule : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Catégorie du véhicule (1) : A

Spécificité du véhicule (facultatif) :

☐ Transport bariatrique ☐ Transport pédiatrique ☐ Autres (préciser) :

Monsieur/Madame [nom/prénom à préciser] représentant(e) légal(e) de l’entreprise de transports sanitaires susmentionnée, déclare sur l’honneur que :

- le véhicule immatriculé [numéro à préciser] sera utilisé exclusivement pour l’aide médicale urgente, conformément aux articles R.6312-30 et R.6312-36-1 du code de la santé publique ;

- l’exploitation effective du véhicule immatriculé [numéro à préciser] sera conforme aux articles R.6312-39, R.6312-36-1 et R.6312-36-2 du code de la santé publique.

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance :

• des sanctions pénales prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal, encas de détention et d’usage de faux documents, de fausses déclarations ou d’attestation inexacte ;

• des sanctions administratives prévues aux articles R.6312-36-1 et suivants du code

de la santé publique.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à :

Date :

Nom/prénom, signature manuscrite et cachet de l’entreprise :