D.O.S. Service ASNP-TS

 **ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

**DE CONFORMITE D’UN VEHICULE**

**Nom de l’entreprise** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **N°agrément ARS** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Représentant(s) légal (légaux)**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Type du véhicule** : ASSU AMB VSL *(Entourez le type de véhicule correspondant)*

**Date de mise en circulation demandée :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Heure**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JOINDRE IMPERATIVEMENT

* Copie recto verso du certificat d’immatriculation
* Copie du certificat de conformité émis par un laboratoire agréé (ex : UTAC) pour les ambulances immatriculées depuis le 1er janvier 2011
* Copie du bail de location, le cas échéant

**Marque du véhicule** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numéro d’immatriculation** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kilométrage** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Origine du véhicule** (*cochez la case correspondante*) :

* **Véhicule supplémentaire**

 O véhicule neuf mis en service suite à transfert d’autorisation de circuler

 O véhicule d’occasion mis en service suite à transfert d’autorisation de circuler

* **Véhicule de remplacement définitif**

O véhicule neuf en remplacement du véhicule immatriculé\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O véhicule d’occasion racheté à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en remplacement du véhicule immatriculé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Véhicule de remplacement temporaire**

O véhicule en remplacement du véhicule immatriculé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

immobilisé pour la période du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(joindre le cas échéant copie du bail de location)*

* **Véhicule remis en service après immobilisation**

O véhicule immobilisé du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

remplacé pendant cette période par le véhicule immatriculé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je (nous), soussigné(s), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_représentant(s) légal (légaux) de l’entreprise de transports sanitaires\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

atteste (attestons) sur l’honneur que le véhicule mis en circulation est conforme aux dispositions de l’arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les affectés aux transports sanitaires terrestres. Je m’engage (nous nous engageons) à ce qu’il le demeure pendant toute la durée de mise en service.En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, je m’expose (nous nous exposons) à des sanctions conformément à l’article R.6312-5 du code de la santé publique.

Indépendamment de ces sanctions, toute fausse déclaration ainsi que l’usage d’un document falsifié sont passibles des peines prévues par les articles 441-6 et suivants du code pénal.

Date :

Signature et cachet de l’entreprise