ANNEXE

DOSSIER DE CANDIDATURE

* Nom de l’entreprise :
* Numéro d’agrément :
* Nom du ou des représentants légaux :
* Adresse complète du siège social :
* Adresse complète du ou des lieux d’implantation :
* N° SIRET :
* Date de l’autorisation initiale prononçant l’agrément

(ou date du dernier arrêté portant modification) :

* Sanctions en cours :
* Conformité du véhicule aux conditions techniques exigées (décret du 12/12/2017), et date du dernier contrôle de conformité ARS (si véhicule déjà dans le parc) :
* Nombre d’autorisations de mise en service de véhicules :
* Nombre de véhicules par catégorie (catégorie A, C ou D) :
* Nombre d’employés par type de diplôme (DEA, auxiliaire ambulancier, …) en prenant le soin de préciser le nombre d’ETP :
* Formation du personnel en lien avec les transports bariatriques :
* Prévoir de :
  + Transmettre à l’ARS les justificatifs :
    - Devis ou factures de matériels bariatriques
  + Soumettre le véhicule avec cet équipement spécifique à l’ARS avant toute mise en circulation afin que la conformité de celui-ci, aux caractéristiques citées dans le cahier des charges et aux dispositions du code de la santé publique, soit vérifiée.
  + Transmettre un bilan annuel d’activité à l’ARS au 1er trimestre de l’année N+1.
* Projet global de l’entreprise :
  + Décrivez en quelques lignes l’organisation proposée en lien avec les transports bariatriques :

Réception des candidatures **au plus tard le 08/09/2023 minuit aux** adresses mails suivantes :

[ars-cvl-offre-de-soins@ars.sante.fr](mailto:ars-cvl-offre-de-soins@ars.sante.fr)et [erwan.grux@ars.sante.fr](mailto:erwan.grux@ars.sante.fr)

Ou par courrier :

**ARS CENTRE-VAL DE LOIRE**

**Direction de l’offre sanitaire**

**131 rue du faubourg Bannier – BP 74409**

**45044 ORLEANS CEDEX 1**