

 **Transports sanitaires**

**Cahier des charges**

**Pour la délivrance d’autorisations de mise en service d’ambulances hors quota exclusivement dédiées à l’aide médicale urgente dans le département de la Guadeloupe**

Appel manifestation d’intérêt du 30 octobre au 17 novembre 2023

**ANNEXES**

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE**

**Je soussigné(e) :**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………

Prénom :……………………………………………………………………………………………………

Représentant(e) légal(e) de :………………………………………..……………. *(indiquer le nom de l’entreprise)*

Agréée par l’ARS « 971 » sous le n° : ……………………….…………………(*indiquer le n° d’agrément et(joindre un extrait KBis datant de moins de 3 mois)*

**Candidate pour :**

**Lot 1 : AMS ambulance hors-quota exclusivement dédiée AMU – secteur 971-Grande-Terre/01** [AMSHQAMU-GT] : (*cocher la case)*

🞏 AMSHQAMU-**GT** – n°1……………………………………………………. *(préciser la commune d’implantation)*

🞏 AMSHQAMU-**GT** – n°2………………………………………..…………… *(préciser la commune d’implantation)*

🞏 AMSHQAMU-**GT** – n°3………………………………………………..…….*(préciser la commune d’implantation)*

Si le ou les véhicule(s) est (ou sont) disponible(s) à la date du dépôt du dossier : cocher la case 🞏 et joindre les pièces administratives correspondantes pour chaque véhicule (copie recto-verso du certificat d’immatriculation, copie du dernier contrôle technique pour les véhicules en service depuis plus d’un an, certificat de conformité « UTAC », copie du bail de location le cas échéant, attestation sur l’honneur de conformité du véhicule et grille d’équipement et 4 photos significatives de l’extérieur et de l’intérieur)

**Lot 2 : AMS ambulance hors-quota exclusivement dédiée AMU – secteur 971-Basse-Terre/02** [AMSHQAMU-BT] : (*cocher la case)*

🞏 AMSHQAMU-**BT** – n°1………………………………..…………………….*(préciser la commune d’implantation)*

🞏 AMSHQAMU-**BT** – n°2……………………………………………….……. *(préciser la commune d’implantation)*

🞏 AMSHQAMU-**BT** – n°3………………………………….…………………. *(préciser la commune d’implantation)*

Si le ou les véhicule(s) est (ou sont) disponible(s) à la date du dépôt du dossier : cocher la case 🞏 et joindre les pièces administratives correspondantes pour chaque véhicule (copie recto-verso du certificat d’immatriculation, copie du dernier contrôle technique pour les véhicules en service depuis plus d’un an, certificat de conformité à la norme NF EN 1789 en vigueur, copie du bail de location le cas échéant, attestation sur l’honneur de conformité du véhicule et grille d’équipement et 4 photos significatives de l’extérieur et de l’intérieur)

**Propose le marquage distinctif suivant :**

🞏 Avec la mention :………………………..………………………………………………………. *(indiquer la mention proposée)* en plus des mentions réglementaires

🞏 avec le logo : ……………………………………………………………………………………….. *(à joindre)*

**Liste les personnels « roulant » de l’entreprise dans le tableau ci-dessous (\*) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Qualification | Quotité de temps de travail | Site d’implantation |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(\*) : ajouter autant de lignes que nécessaire

**Liste les véhicules autorisés en service de l’entreprise dans le tableau ci-dessous (\*) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie | Marque | Modèle | immatriculation | Site d’implantation |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Confirme avoir participé aux tableaux de gardes ambulancières en 2023 :** (*cocher la case)*

Oui : 🞏 Non : 🞏

Date :…………………………………………

Nom : ………………………………………….

Prénom : ………………………………………

Signature : …………………………….

 Cachet de l’entreprise

**MODELE D’ATTESTATION SUR L’HONNEUR « AMI-AMS-HORS QUOTA – OCTOBRE 2023 »**

**Je soussigné(e) :**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………………………………………………………..

Représentant(e) légal(e) de …………………………………………….……………. *(indiquer le nom de l’entreprise)*

Sise ………………………………………………………………………………….. *(indiquer l’adresse du siège social)*

Agréée par l’ARS « 971 » sous le n° : ………………………………………… *(indiquer le n° d’agrément)*

* Atteste sur l’honneur que je m’engage à respecter les conditions d’octroi de l’AMS « hors quota » prévues dans le cahier des charges de l’appel à manifestation d’intérêt « **AMI-AMS-HORS QUOTA – OCTOBRE 2023 »** :
	+ à respecter l’**utilisation exclusive pour l’aide médicale urgente** de l’AMS hors quota sollicitée ;
	+ à participer aux **tableaux de garde ambulancière** proposés par l’ATSU en fonction des moyens de l’entreprise ;
	+ à mettre en service l’ambulance hors quota **sous un délai de trois mois** à compter de la réception du courrier notifiant l’accord de l’ARS pour la délivrance de l’AMS ;
	+ à doter l’ambulance hors quota d’un **système de géolocalisation compatible avec le système d’information du coordonnateur ambulancier**, permettant à ce dernier d’avoir un accès effectif aux données de géolocalisation de l’ambulance ;
	+ à identifier l’ambulance hors quota par **un marquage spécifique** (ou caractéristique) apposé sur la carrosserie permettant de la distinguer des ambulances du quota ;
	+ à fournir à l’ARS un **bilan semestriel** de l’utilisation de la ou les ambulance(s) hors quota mise(s) en service
	+ à engager le processus d’**habilitation de circulation aéroportuaire** ou, le cas échéant le maintenir (TCA permanent ou « badge rouge » pour l’entreprise, le ou les véhicule(s) et personnel(s) d’équipage.
* Atteste sur l’honneur de la conformité aux dispositions de l’arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres, du ou des véhicule(s) autorisés dans le cadre de cet appel à manifestation d’intérêt. Je m’engage à ce que ce (ou ces) véhicule(s) respecte(nt) la réglementation en vigueur tout au long de sa (leur) mise en service.

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance :

- des sanctions pénales prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal, en cas 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 à : …………………………………………………………………..Date :…………………………………………

Nom : ……………………………………………………..Prénom : ……………………………………………………

Signature : …………………………….

 Cachet de l’entreprise