

Démarche : Fichier PS : Installation "transporteur sanitaire"

Organisme : Service Relations avec les Professionnels de Santé

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux transporteurs sanitaires de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation pour la CPAM Lille-Douai

### Identification

#### Raison sociale de la société

Attention, la raison sociale doit être le reflet de celle mentionnée sur le Kbis

#### Nom du représentant légal de la société

#### Prénom du représentant légal de la société

#### Adresse du siège social

#### Votre adresse email professionnelle

#### Votre numéro de téléphone professionnel

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

## Fichier PS : Installation "transporteur sanitaire"

Indiquez le numéro du département

### Je suis affilié(e) à la CPAM ?

Cette démarche est exclusivement réservée aux professionnels de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Lille-Douai

## Exercice de la profession

### Date de début de votre activité

La date à indiquer doit être identique à celle notifiée sur le certificat d'agrément délivré par l'ARS

## Adhésion à la convention nationale

Pour télécharger le formulaire à compléter :

- cliquer sur "modèle suivant 1" ci-dessous et prendre connaissance de la convention
- cliquer sur "modèle suivant 2" ci-dessous
- compléter le document en ligne ou l'imprimer pour le compléter
- sauvegarder le formulaire complété sur votre ordinateur
- télécharger la fiche sauvegardé pour le transmettre à la CPAM

### La convention nationale avec les transporteurs sanitaires

<https://www.ameli.fr/lille-douai/transporteur-sanitaire/textes-reference/convention-nationale>

**En cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissance de la convention nationale, adhérer à cette convention et décider d'exercer mon activité professionnelle selon ses dispositions.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Pièces justificatives à fournir :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Certificat d'agrément délivré par le Directeur Général de l'ARS

Nous transmettre toutes les pages de ce document (agrément + liste des conducteurs + liste des véhicules)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB/IBAN professionnel

Relevé d'identité bancaire professionnel

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si RIB/IBAN QONTO, REVOLUT ou SUMUP : ATTESTATION de votre banque confirmant la validité du compte

(!) Attention, l'ATTESTATION doit comporter :

- le nom du titulaire du compte ou détenteur du compte,
  - le numéro de compte bancaire,
  - le cachet de la banque ET la signature.
- => Un RIB avec le cachet de la banque et la signature N'EST PAS RECEVABLE.

## Fichier PS : Installation "transporteur sanitaire"

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait K-bis datant de moins de 3 mois

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie du diplôme, pour CHAQUE salarié ou attestation indiquant la nature précise du diplôme obtenu et sa date d'obtention

Nature des diplômes (DEA/CCA ou autre)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie RECTO et VERSO des permis de conduire de CHAQUE conducteur

Joindre le recto et le verso de chaque permis de conduire.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie de l'APACA ou le formulaire R221-10 "avis médical" pour chaque conducteur sans diplôme d'ambulancier

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie de la carte grise RECTO et VERSO de CHAQUE véhicule

Joindre le recto et le verso de chaque carte grise

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie de l'autorisation de mise en service de CHAQUE véhicule, délivrée par l'ARS

## Information

### Les adresses utiles

## Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa