

Démarche : Fichier PS : Transporteur sanitaire - Mise à jour  
Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet au transporteur sanitaire de la Manche de transmettre les justificatifs obligatoires en cas de changement de situation.

### Identification :

#### N° assurance maladie

Référence qui nous permet de vous identifier lors de la facturation  
Numéro composé de 9 caractères

#### Raison sociale

Telle que précisée sur votre KBIS

#### Dans quel département est située votre entreprise ?

Indiquez le numéro du département

### Adresse :

#### Adresse

Fichier PS : Transporteur sanitaire - Mise à jour  
**Vos pièces justificatives :**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Kbis

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Référentiel national des transporteurs sanitaires complété

Merci de déposer ici le référentiel national des transporteurs sanitaires complété  
Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Document officiel précisant la date à laquelle a eu lieu la cession de parts (pour les sociétés)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pour chaque véhicule :**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Carte grise

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Autorisation ou fiche DTARS**

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Carte grise

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Autorisation ou fiche DTARS**

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Carte grise

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Autorisation ou fiche DTARS**

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pour chaque conducteur :**

**Si ce conducteur exerce dans plusieurs de vos sociétés, merci d'indiquer les N° d'assurance maladie des sociétés concernées et la raison sociale**

Exemple :

502XXXXXX Ambulance A

502XXXXXX Ambulance B

# Fichier PS : Transporteur sanitaire - Mise à jour

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Permis de conduire

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Diplôme(s)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Contrat de travail

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Copie de l'état nominatif du personnel adressé à l'ARS ou fiche DTARS

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Carte de visite médicale délivrée par la Préfecture (si fiche DTARS non fournie)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Carnet de vaccination complet et à jour (si fiche DTARS non fournie).

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Si ce conducteur exerce dans plusieurs de vos sociétés, merci d'indiquer les N° d'assurance maladie des sociétés concernées et la raison sociale**

Exemple :

502XXXXXX Ambulance A  
502XXXXXX Ambulance B

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Permis de conduire

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Diplôme(s)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Contrat de travail

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Fichier PS : Transporteur sanitaire - Mise à jour****Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Copie de l'état nominatif du personnel adressé à l'ARS ou fiche DTARS

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Carte de visite médicale délivrée par la Préfecture (si fiche DTARS non fournie)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Carnet de vaccination complet et à jour (si fiche DTARS non fournie).

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Si ce conducteur exerce dans plusieurs de vos sociétés, merci d'indiquer les N° d'assurance maladie des sociétés concernées et la raison sociale**

Exemple :

502XXXXXX Ambulance A

502XXXXXX Ambulance B

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Permis de conduire

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Diplôme(s)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Contrat de travail

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Copie de l'état nominatif du personnel adressé à l'ARS ou fiche DTARS

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Carte de visite médicale délivrée par la Préfecture (si fiche DTARS non fournie)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Carnet de vaccination complet et à jour (si fiche DTARS non fournie).

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Fichier PS : Transporteur sanitaire - Mise à jour  
**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