DECLARATION DE REMPLACEMENT TEMPORAIRE

Date :

Le véhicule de catégorie  A immatriculé :

C immatriculé :

D immatriculé :

appartenant à la société

(n° d'agrément, signature et cachet de l’entreprise) :

est remplacé

du :  / /

**DATE DE FIN OBLIGATOIRE**  au : / /

Par le véhicule de catégorie  A immatriculé :

C immatriculé :

D immatriculé :

appartenant à la société

(n° d'agrément, signature et cachet de l’entreprise) :

au motif de :  problème mécanique/carrosserie

entretien courant

autres, précisez :

J’atteste que le véhicule de remplacement est bien doté des équipements, conformément à la législation en vigueur.

**NB : toute demande de remplacement ne pourra excéder un mois, justificatif à l'appui ; au-delà de cette limite, le remplacement deviendra définitif.**

***Document à retourner  à l’adresse :*** [***ars-corse-transports-sanitaires@ars.sante.fr***](mailto:ars-corse-transports-sanitaires@ars.sante.fr)

Cachet validation ARS :

Date