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***

Cachet validation ARS :

Date