*NOM Prénom Date*

*Adresse postale de la société*

*Tel société :*

*Courriel société :*

 ARS Ile de France- Immeuble l’Européen

 Service Régional des transports sanitaires

 5/7 Promenade Jean Rostand

 93005 Bobigny cedex

Objet : Demande de transfert d’autorisations de mise en service de véhicules avant mise en service d’un véhicule supplémentaire

Madame, Monsieur,

Je soussigné, 🗆 Madame, 🗆 Monsieur, le représentant légal

de l’entreprise de transports sanitaires

vous sollicite pour obtenir l’accord du Directeur Général de l’ARS Ile-de-France concernant le transfert des autorisations de mise en service des véhicules suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de la société actuellement titulaire de l’AMS | Adresse de la société actuellement titulaire de l’AMS | Type de véhicule (Ambulance ou VSL) | N° d’immatriculation |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Je vous prie d’agréer, madame, monsieur, mes salutations distinguées.

 *Signature*