



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Direction de l'Offre de Soins
Pôle Ville-Hôpital
Département Contractualisation - Autorisations
Service régional des transports sanitaires
ars-idf-dos-ts@ars.sante.fr

IMPRIME C2

DECLARATION DE MODIFICATION DU KBIS

Références réglementaires :

- [Arrêté du 21 décembre 1987](#) relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires,

Je soussigné(e), **Madame,** **Monsieur,**

représentant(e) légal(e) de l'entreprise de transports sanitaires

Sise :

.....

SIRET : **Tél :**

Courriel :

Déclare : (cochez la/les case(s) correspondante(s))

un changement de responsable légal

Précisez les noms et prénoms du/des nouveau(x) responsable(s) légal/légaux :

.....

.....

un changement de dénomination sociale et/ou dénomination commerciale

Précisez :

.....

une modification de la forme juridique de la société

Précisez : (ex : transformation d'une SARL en SAS)

.....

un changement d'adresse du siège social

**Liste des pièces à joindre et à transmettre
au service régional des transports sanitaires de l'ARS d'Île-de-France : ars-idf-dos-ts@ars.sante.fr**

Extrait Kbis à jour des dernières modifications

Extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois du nouveau responsable légal en cas de changement de gérance

Attestation sur l'honneur de la conformité des installations matérielles nécessaires à une société de transports sanitaires (*imprimé A2*)

en cas de changement de dénomination sociale et/ou nom commercial et/ou de siège social joindre les cartes grises associées

Date et signature du/de la responsable légal(e) de la société :