Annexe 1 :

Formulaire de réponse
à manifestation d’intérêt

Juillet 2022

**Département concerné :**

**Secteur de garde concerné :**

1. MANIFESTATION D’INTÉRÊT SOUMISE par (identité du candidat)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nom(s) de l'entité ou des entités juridique(s) soumettant la présente manifestation d’intérêt |
| Entreprise  |  |
| Adresse  |  |
| Numéro d’agrément ARS |  |

1. PERSONNE DE CONTACT
(pour la présente manifestation d’intérêt)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom Prénom |  |
| Entreprise |  |
| Adresse |  |
| Téléphone portable |  |
| Adresse électronique |  |

1. PERSONNELS – EFFECTIFS PRESENTS AU SEIN DE L’ENTREPRISE
ET AFFECTES AUX TRANSPORTS SANITAIRES (art. R. 6312-7 CSP)

Joindre l’extraction du module TSU « Liste des véhicules et personnels autorisés à ce jour par l'ARS »

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Effectif à ce jour** | **Effectif si autorisation d’un véhicule « hors-quota »** |
| **Nombre de personnes titulaires du DEA** |  |  |
| **Nombre de personnes non titulaires du DEA** |  |  |
| **Total** |  |  |

1. FLOTTE AUTOMOBILE (art. R. 6312-8 du CSP)

Joindre l’extraction du module TSU « Liste des véhicules et personnels autorisés à ce jour par l'ARS »

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de véhicules** | **Nombre** | **% de la flotte** |
| **Catégorie A type B** |  |  |
| **Catégorie C type A** |  |  |
| **Véhicule sanitaire léger** |  |  |
| **Total** |  |  |

1. Eléments de contexte et critères de qualité du dossier
2. Nombre mensuel de gardes envisagées avec ce véhicule

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. En dehors des périodes de garde, vous porterez vous sur la liste des entreprises volontaires
pour être sollicité en tant que moyen complémentaire avec ce véhicule ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Si oui préciser votre organisation

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Envisagez-vous de mutualiser l’utilisation de ce véhicule dans le cadre d’un GIE ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Dans quels locaux seront basés l’ambulance et les personnels pour la faire fonctionner ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Quelles modalités d’organisation propres à garantir la qualité et la continuité de la prestation mettrez-vous en place ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Participiez-vous au préalable à la réponse aux besoins du SAMU en dehors des périodes de la garde ? Précisez votre réponse.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Avez-vous calculé l’impact économique de cet investissement sur votre entreprise (coût d’achat de l’ambulance et nombre de sorties à réaliser pour atteindre le seuil de rentabilité) ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Comment organisez-vous le suivi et la formation de votre personnel ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Dans quel délai être vous en mesure de mettre en service ce véhicule répondant strictement aux caractéristiques d’un véhicule de catégorie A ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Disposez-vous déjà des personnels affectés à ce véhicule ? Dans le cas contraire, dans quel délai estimez-vous pouvoir en disposer ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Expliquez votre motivation dans le cadre de cet appel à manifestation d’intérêt

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Justifiez par tout moyen, de l’utilisation effective des ambulances dont vous disposez déjà d’autorisations de mise en service

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………



**ARS Normandie**

Esplanade Claude Monet

2 place Jean Nouzille

CS 55035

14050 Caen Cedex 4

www.[normandie.ars.sante.fr](https://www.normandie.ars.sante.fr/)

