Annexe 1 : formulaire de réponse à manifestation d’intérêt

# Secteur de garde ambulancière concerné par la demande

☐ Secteur Rouen 76-08 ☐ Secteur Elbeuf 76-10 ☐ Secteur Le Havre 76-01

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 |  |

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

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

3 PERSONNELS – EFFECTIFS PRESENTS AU SEIN DE L’ENTREPRISE ET AFFECTES AU TRANSPORTS SANITAIRES (art. R. 6312-7 du 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** |  |  |

4 – 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** |  |  |

**6 – Eléments de contexte et critères de qualité du dossier**

6 – 1 Vos véhicules sont équipés de la géolocalisation : 🞏 OUI 🞏 NON

Si oui, expliquer sa mise en œuvre :

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

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

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

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

6 – 2 Télémédecine : L’ambulance sera équipée d’outils de télémédecine? 🞏 OUI 🞏 NON

Si oui, lesquels :

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

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

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

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

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

6 – 3 Dans quels locaux seront basés l’ambulance et les personnels pour la faire fonctionner :

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

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

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

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

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

6 – 4 Compte tenu des horaires et des jours prévus pour la mise à disposition de l’ambulance, quelle organisation a été prévue :

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

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

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

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

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

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

6 – 5 Présentation des modalités d’organisation propres à garantir la qualité et la continuité de la prestation

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

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

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

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

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

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

6 – 6 Préciser pour la société de transport sanitaire le respect des obligations légales et réglementaires : Préciser le délai, le respect de l’amplitude horaire de travail pour le personnel, le véhicule et personnels mis à disposition, la participation effective à la garde départementale :

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

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

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

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

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

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

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

6 – 7 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)

🞏 OUI 🞏 NON

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

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

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

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

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

6 – 8 Formation des personnels : Comment organisez-vous le suivi du renouvellement des AFGSU2 des personnels ou autres formations :

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

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

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

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

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

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

6 – 9 Participez-vous à une garde de jour ATSU : 🞏 OUI 🞏 NON

Si oui, selon quelles modalités :

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

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

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

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

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

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

6 – 10 Participez-vous à la garde ambulancière : 🞏 OUI 🞏 NON

Si oui, selon quelles modalités :

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

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

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

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

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

6 – 10 Expliquez votre motivation dans le cadre de cet appel à manifestation d’intérêt :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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