

Visa de la Structure

## CHANGEMENT D'ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE CONVENTIONNÉ

N° Immatriculation

### CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURE SOCIAL

**Je soussigné(e) :**

Nom et Prénom(s) de l'assuré(e) social(e) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom et Prénom(s) du malade : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

**Déclare** avoir la volonté de changer d'entreprise de transport sanitaire à savoir,

- De l'entreprise de transport sanitaire : .....

- Vers l'entreprise de transport sanitaire : .....

Au motif de : .....

Fait à .....le .....

*Signature de l'Assuré(e) Social(e)*

### CADRE RÉSERVÉ A L'ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE

L'entreprise de transport sanitaire : .....

Je soussigné(e) M. : .....

Gérant de l'entreprise de transport sanitaire : .....

Atteste avoir les capacités de prendre en charge le transport sanitaire de M. : .....

Pour les séances de : ..... A partir du : .....

Fait à .....le .....

*Cachet et Signature du Gérant*

### CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION DE LA CAISSE

Transfert de M. : .....

De l'entreprise de transport sanitaire : .....

Vers l'entreprise de transport sanitaire : .....

**Accord pour le transfert** à compter du : .....

(1) D'ou la continuité de la prise en charge du transport sanitaire depuis : .....

**Rejet pour le motif** : .....

Fait à .....le .....

*Signature du Responsable*

(1) Mettre une croix (X) dans la case correspondante.