

**CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE**

Fecha de Emisión:...../...../.....

Prestador: .....

Domicilio: .....

Teléfono: ..... Mail de contacto: .....

Compañía de Seguros: ..... Póliza N°: .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario:..... DNI:.....

Prestación a brindar Transporte especial a: .....

(Tipo de prestación o institución)

Período: .....

<b>IDA:</b>						
Desde: .....						
Hasta: .....						
<b>Días</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
<b>Horario</b>						
<b>Km ida</b>						
<b>VUELTA:</b>						
Desde: .....						
Hasta: .....						
<b>Días</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
<b>Horario</b>						
<b>Km vuelta</b>						
<b>TOTALES KM DIARIOS</b>						
<b>Días</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
<b>Km Ida+ Km Vuelta</b>						
<b>Total Km. Mensuales:</b>						

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta).....

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación):      SI              NO

<b>Consentimiento</b>
-----------------------

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al beneficiario:

..... DNI: .....

 \_\_\_\_\_  
 Firma y Aclaración Beneficiario o representante

 \_\_\_\_\_  
 Firma y Aclaración del Transportista