

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:

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

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

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

Consentimiento

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