

Consentimiento de transporte

Fecha de emisión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año

Prestador:

Domicilio:

Teléfono: E-mail:

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: D.N.I.:

Prestación a brindar transporte especial a:

Tipo de prestación o institución

Período:

IDA Desde: Hasta:

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km ida						

VUELTA Desde: Hasta:

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km ida						

km totales diarios

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Total km mensuales
Km ida + Km vuelta							

Días mensuales hasta: Viajes mensuales hasta:

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación): **Sí** **No**

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

..... D.N.I.:

.....
Firma y aclaración del beneficiario o representante

.....
Firma y aclaración del transportista