

Reglamentación de cobertura transporte SAID

Anexo I

FECHA

Día	Mes	Año

Consentimiento de transporte

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:

Período:

Tipo de prestación o institución

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

apross.