

Nazwa firmy			
Właściciel			
Adres ( ulica, miejscowość)			
Kod pocztowy; miasto		Województwo	
Data rozpoczęcia działalności jako pomoc drogowa		Data rozpoczęcia działalności	
Osoba odpowiedzialna za pomoc drogową:		Telefon Mail	
Kierowca/y pomocy drogowej			
Znajomość języków obcych:		Angielski <input type="checkbox"/> TAK Niemiecki <input type="checkbox"/> TAK	Rosyjski <input type="checkbox"/> TAK Inne <input type="checkbox"/>
Główny numer telefonu:		Nr telefonu 24h:	
Inny :			
Fax:			
Email:			
Strona www:			
Dyspozycyjność 24h:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nr konta bankowego:			
Nazwa banku :			
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności:		Suma ubezpieczenia	
Nazwa ubezpieczyciela :			
<b>Współpraca z FIRMAMI ASSISTANCE (proszę wymienić):</b>			
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	
<b>Współpraca z AUTORYZOWANYMI SERWISAMI (proszę wymienić):</b>			
	<b>NAZWA</b>	<b>ADRES</b>	<b>OBSŁUGIWANA MARKA</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Posiadany **SPRZĘT SPECJALISTYCZNY** (proszę wymienić):

Lp	MARKA pojazdu	Rocznik	Nr rejestracyjny	Platforma	Tonaż	Ilość miejsc	Wyposażenie
1.				hydrauliczna stała			
2.				hydrauliczna stała			
3.				hydrauliczna stała			
4.				hydrauliczna stała			
5.				hydrauliczna stała			
6.				hydrauliczna stała			
7.				hydrauliczna stała			

**ZAKRES USŁUG:**

Parking	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Transport motocykli	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Serwis/naprawa w warsztacie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Transport sanitarny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wulkanizacja	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Transport osób	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Naprawa Autoalarmów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dowóz paliwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Otwieranie zatrzaśniętych drzwi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dokumentacja z miejsca kolizji ( aparat cyfrowy )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wypożyczalnia samochodów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Możliwość rezerwacji i opłacenia hotelu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Możliwość wykupienia i dostarczenia biletów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Usługodawca z zakresu home ( ślusarz, hydraulik, szklarz itd. )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

Współpraca z **hotelem/wypożyczalnią** samochodów itp.:

1	
2	
3	

**Do czytelnie wypełnionego formularza prosimy dołączyć:**

1. ksero regon
2. ksero NIP
3. ksero ubezpieczenia transportu
4. ksero prawa jazdy
5. ksero dowodów rejestracyjnych
6. kolorowe zdjęcia samochodów
7. świadectwa kwalifikacji (jeśli posiadane, licencje itp)

Data i miejscowość

podpis