

Formularz zgłoszeniowy Pomocy Drogowej

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	Rosyjski <input type="checkbox"/> TAK
		Niemiecki <input type="checkbox"/> TAK	Inne <input type="checkbox"/> TAK
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 :			
Współpraca z FIRMAMI ASSISTANCE (proszę wymienić):			
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	
Współpraca z AUTORYZOWANYMI SERWISAMI (proszę wymienić):			
	NAZWA	ADRES	OBSŁUGIWANA MARKA
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

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.

Ul. Wołoska 5 –bud. Taurus -02-675 Warszawa- Poland - Tel +48 22 205 50 00 - Fax +48 22 205 50 20
www.europ-assistance.pl

2/2

Wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000034499, numer NIP: 525-10-32-299, kapitał zakładowy: 3.000.000 PLN