

Nombre Empresa:		Nº Asociado:	
Nombre Contacto:		CIF/DNI:	
Vía	Domicilio	Número, escalera, piso, puerta	
Código Postal:		Población:	
Provincia:		Apartado de Correos:	
Nombre de Representante:			
DNI:		Cargo:	
Tel.:	Tel.2:	Fax:	
e-mail:		Web:	

ACTIVIDAD	
MERCANCIAS CARGA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
FRIGORÍFICO	<input type="checkbox"/>
INTERNACIONAL	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE ESPECIAL	<input type="checkbox"/>
CISTERNAS	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE ANIMALES	<input type="checkbox"/>
MERCANCIAS PELIGROSAS	<input type="checkbox"/>
OBRAS	<input type="checkbox"/>
MUDANZAS	<input type="checkbox"/>
HORMIGONERAS	<input type="checkbox"/>
PORTAVEHÍCULOS	<input type="checkbox"/>

OPERADOR DE TRANSPORTE	
CARGA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
CARGA FRACCIONADA	<input type="checkbox"/>
ALMACENISTA DISTRIBUIDOR	<input type="checkbox"/>
TRANSITARIO	<input type="checkbox"/>
GRUPAJE	<input type="checkbox"/>

MATRÍCULA	TIPO TARJETA	Nº AUTORIZACIÓN	CARGA ÚTIL (mercancías)

En Madrid, _____ de _____ de 20____

Firma del Representante: _____

A/a. Sr. PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE EMPRESAS DE TRANSPORTE DE LA REGIÓN CENTRO