

Rückfaxnummer für Partner-Antrag: 089 - 20801 – 1922
Telefonische Rückfragen unter : 089 - 262083 – 1340

Partner-Antrag – Personenbeförderung

Angaben zum Hauptbetrieb:

Firmenname: _____

Unternehmensform: _____ Gewerbe seit: _____
(GmbH, KG, oHG, GbR, e.V.)

Ansprechpartner: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____

Rufbereitschafts-Nr.(außerhalb der Geschäftszeiten): _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Inhaber bzw. gesetzlicher
Vertreter: _____

Bankverbindung:

Bank: _____

IBAN _____

Swift-BIC _____

Geschäftszeiten:

Verfügt Ihr Unternehmen über Zweigbetriebe / Filialen / Niederlassungen?

Ja (bitte Formular Nebenbetriebe anfordern) **Nein**

Angaben zu Mitarbeitern:

(Welche Qualifikation / Ausbildung besitzen die Mitarbeiter Ihres Unternehmens?)

Anzahl**Qualifikation / Ausbildung der Mitarbeiter****Einsatzgebiete:**

Bitte geben Sie uns Ihren Einsatzradius an:

(Für Zweigbetriebe / Filialen / Niederlassungen bitte separat auf Firmenprofil für Nebenbetriebe angeben)

- bis 5 km bis 10 km bis 15 km bis 20 km
- bis 30 km bis 40 km bis 50 km über 50 km

Angaben zum Leistungsspektrum:

Bietet Ihr Taxiunternehmen / Unternehmen zur Personenbeförderung noch folgende Leistungen an:

 Haustiermitnahme

- Mitnahme ist nicht möglich
- Mitnahme ist möglich (z.B. Hund, Katze usw.)

 Krankentransport

- Krankentransport ist nicht möglich
- Krankentransport ist möglich (z.B. Dialysefahrten usw.)

 Besorgung und Verauslagung von Bahntickets

(Zusicherung der Kosten durch eine schriftliche Kostenübernahmegarantie per Fax)

- ist nicht möglich
- ist möglich

 Bezahlung von Hotelrechnung

(Zusicherung der Kosten durch eine schriftliche Kostenübernahmegarantie per Fax)

- ist nicht möglich
- ist möglich

Stellung eines Ersatzfahrers

(Falls Versicherungsnehmer nicht mehr in der Lage ist, mit seinem eigenen Fahrzeug selber weiter zu fahren)

- ist nicht möglich
- ist möglich

Sonstiger Service

Angaben zu Fahrzeugen:

Anzahl der Fahrzeuge: _____

Modelle (Kombi, Bus, PKW): _____

Ist der Transport von gehbehinderten Personen möglich? Ja Nein
Ist der Transport von Rollstuhlpatienten möglich? Ja Nein

Sonstige Informationen zu Ihrem Unternehmen:

Angaben zu Versicherungen:

Alle Mitarbeiter sind ausreichend über die Betriebshaftpflichtversicherung des Unternehmens oder über eine eigene Haftpflicht abgesichert: Ja Nein

Deckungssumme für Sach- und Vermögensschäden: _____ €

Deckungssumme für Personenschäden: _____ €

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen in Kopie bei:

Bescheinigungen / Nachweise:

- Nachweis für den Eintrag ins Handelsregister, Gewerbe-Anmeldung,
- Genehmigung von der zuständigen Verkehrsbehörde, Straßenverkehrsamt, bzw. des für den Betriebssitz zuständigen Landkreises / kreisfreien Stadt
- Hauspreisliste
(Grundpreise, Km-Staffelung, Zuschläge, Wartezeit, usw.)
- Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (Personenbeförderungsschein)
- Fotos zum Betrieb und von den Einsatzfahrzeugen

Wird von AGA ausgefüllt:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Versicherungsnachweise (in Kopie) inkl. Aufführung der Deckungssummen:

- Betriebshaftpflichtversicherung

Hiermit versichern wir Ihnen, dass Ihre von uns erhobenen Daten entsprechend den einschlägigen Datenschutzbestimmungen, insbesondere des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), in seiner jeweils gültigen Fassung behandelt werden.

Ort

_____._____._____
Datum



Ihre Unterschrift und Firmenstempel