asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ...../...../.....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....
Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I..... Firma

Tel. paciente .....

FCCV Federació Ciclista Comunitat Valenciana

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ...../...../.....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I..... Firma

Tel. paciente .....

FCCV Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ...../...../.....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I..... Firma

Tel. paciente .....

FCCV Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ...../...../.....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I..... Firma

Tel. paciente .....

FCCV Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ...../...../.....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I..... Firma

Tel. paciente .....

FCCV Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación