asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

74713 **24 - 3,00 €**

30680226

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

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

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

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

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

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

Fecha de Licencia ..... /..... /..... Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I..... Firma

Tel. paciente .....

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

Yo D./Dña. ..... ,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. .....

sufrió una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma.....

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

74713 **24 - 3,00 €**

30680227

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

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

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

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

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

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

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

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

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

Yo D./Dña. ..... ,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. .....

sufrió una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma.....

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

74713 **24 - 3,00 €**

30680228

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

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

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

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

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

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

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

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

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

Yo D./Dña. ..... ,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. .....

sufrió una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma.....

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

74713 **24 - 3,00 €**

30680229

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

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

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

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

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

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

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

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

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

Yo D./Dña. ..... ,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. .....

sufrió una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma.....

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

74713 **24 - 3,00 €**

30680230

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

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

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

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

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

Nacido Mes Año

D./Dña. .....

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

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

Yo D./Dña. ..... ,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. .....

sufrió una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma.....