



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
75753 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN DE VOLEIBOL DE LA REGIÓN DE MURCIA

Válido desde 01-09-24 hasta 31-08-25

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTAN TALENTOS DE COMPRA NI ALGUNO DE ESTOS DATOS DE SEÑALES DEL	Número de licencia	[Grid for license number]										Dr./Dra.
	Fecha de Licencia/...../.....	Nacido	Mes	Año	Especialidad						
	D./Dña.	Nombre				N.º Colegiado		Acto profesional realizado (debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)					
	Apellidos											
	FECHA: a día.....de.....de.....											
	D.N.I. Firma											
Tel. paciente											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.....

