



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

74713 25

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

Válido desde 01-01-254 hasta 31-12-25

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 TALLONES QUE CONTENGAN DATOS DE ESTOS TIPOS O SEAN ILEGIBLES	Número de licencia	[Grid for license number]										Dr./Dra.
	Fecha de Licencia	...../...../.....	Nacido	.....	Especialidad	.....					
			Mes	Año	N.º Colegiado	.....					
	D./Dña.	.....										Acto profesional realizado
		Nombre										(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





Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
74713 25

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

Válido desde 01-01-254 hasta 31-12-25

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 ACEPTARÁN SOLICITUDES QUE CONTENGAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN INLEGIBLES	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.....





Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
74713 25

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE CICLISMO

Válido desde 01-01-254 hasta 31-12-25

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 ACEPTARÁN SOLUCIONES QUE CONTENGAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN INLEGIBLES	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.....

