asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 25 - 3,00 €

30810786

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-25 hasta 31-12-25 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARÁN 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 .....

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 ....

Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 25 - 3,00 €

30810787

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-25 hasta 31-12-25 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARÁN 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 .....

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 ....

Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 25 - 3,00 €

30810788

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-25 hasta 31-12-25 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARÁN 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 .....

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 ....

Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 25 - 3,00 €

30810789

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-25 hasta 31-12-25 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 .....

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 ....

Federació Ciclisme Comunitat Valenciana

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 25 - 3,00 €

30810790

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-25 hasta 31-12-25 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NO SE ACEPTARÁN 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 .....

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 ....

Federació Ciclisme Comunitat Valenciana