



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 26 - 3,00 €

30946716

N.º de Asistencia

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

Número de licencia

Fecha de Licencia / /
Nacido Mes Año

D./Dña.

Nombre

Apellidos

FECHA: a día de de

D.N.I. Firma

Tel. paciente

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.

sufró 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

75029 26 - 3,00 €

30946717

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Número de licencia
Fecha de Licencia / /
D./Dña.
Nombre
Apellidos
FECHA: a día de de
D.N.I. Firma
Tel. paciente

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





Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 26 - 3,00 €

30946718

N.º de Asistencia

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

Número de
licencia

Fecha de Licencia / /
Nacido
Mes Año

D./Dña.

Nombre

.....

Apellidos

FECHA: a día de de

D.N.I. Firma

Tel. paciente

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.

sufró una lesión de, en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en

el día

Fecha Firma



Federació Ciclista
Comunitat Valenciana



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 26 - 3,00 €

30946719

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

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 TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

Número de licencia

Fecha de Licencia / /
Nacido Mes Año

D./Dña.

Nombre

Apellidos

FECHA: a día de de

D.N.I. Firma

Tel. paciente

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.

sufró una lesión de en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en

el día

Fecha Firma



Federació Cicliste
Comunitat Valenciana



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75029 26 - 3,00 €

30946720

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

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 TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

Número de licencia

Fecha de Licencia / /
Nacido Mes Año

D./Dña.

Nombre

Apellidos

FECHA: a día de de

D.N.I. Firma

Tel. paciente

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 Ciclista
Comunitat Valenciana