



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

78705 26 - 3,00 €

30923006

N.º de Asistencia .....

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

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

78705 26 - 3,00 €

30923007

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

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 .....





Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

78705 26 - 3,00 €

30923008

N.º de Asistencia .....

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

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

78705 26 - 3,00 €

30923009

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

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 .....





Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

78705 26 - 3,00 €

30923010

N.º de Asistencia .....

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

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 .....