



Autorización Telefónica de Asistencia: 91 991 24 40
 SOLO PARA COLECTIVOS LOCALES, NO SE PUEDE PONER EN NACIONALES, NI EN AUTONOMICOS.
900999 / 9999 19
FEDERACION PRUEBAS DE TALONES
 Válido desde 01-01-19 hasta 31-12-19

30000046

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Número de licencia

Dr./Dra.

Fecha de Licencia / /

Nacido
Mes Año

Especialidad

N.º Colegiado

D./Dña.

Nombre

.....
 (debe hacerse a nomenclatura del baremo)

Apellidos

FECHA: a día de de

D.N.I. Firma

Reservado para codificación

Tel. paciente

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



NO SE ACEPTAN TALONES QUE CONTENGAN ALGUNOS DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES