asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

900268/ 7726 20

12345678

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

FEDERACIÓN DE BALONCESTO DE CASTILLA Y LEON (DEBA)

Válido desde 01-08-20 hasta 31-07-21 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

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 .....