asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75233 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE TRIATLÓN

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....
Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

FECANTRI
FEDERACION CANARIA DE TRIATLON
C.I.F.: G - 35764885
C./ León y Castillo, 26 - 28, 3º
35003 Las Palmas de G.C.

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75233 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE TRIATLÓN

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....
Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

FECANTRI
FEDERACION CANARIA DE TRIATLON
C.I.F.: G - 35764885
C./ León y Castillo, 26 - 28, 3º
35003 Las Palmas de G.C.

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75233 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE TRIATLÓN

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....
Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

FECANTRI
FEDERACION CANARIA DE TRIATLON
C.I.F.: G - 35764885
C./ León y Castillo, 26 - 28, 3º
35003 Las Palmas de G.C.

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75233 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE TRIATLÓN

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....
Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

FECANTRI
FEDERACION CANARIA DE TRIATLON
C.I.F.: G - 35764885
C./ León y Castillo, 26 - 28, 3º
35003 Las Palmas de G.C.

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación

asisa

Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75233 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE TRIATLÓN

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Número de licencia | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....

Nacido Mes Año

D./Dña. .....
Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día.....de .....de .....

D.N.I.....

Firma

Tel. paciente .....

FECANTRI
FEDERACION CANARIA DE TRIATLON
C.I.F.: G - 35764885
C./ León y Castillo, 26 - 28, 3º
35003 Las Palmas de G.C.

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Dr./Dra. .....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

.....

.....

.....

.....

Reservado para codificación