



Comisión de la Salud y Prevención del Dopaje

FORMULARIO DE REGISTRO SERVICIOS MEDICOS CLUB

DATOS DEL CLUB

NOMBRE DEL CLUB: _____		
NOMBRE DEL EQUIPO: _____		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIRECTOR DEPORTIVO:		
COMPETICIÓN : ENDESA <input type="checkbox"/>	LEB ORO <input type="checkbox"/>	LEB PLATA <input type="checkbox"/>
LIGA FEM. <input type="checkbox"/>	LIGA FEM. 2 <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:	C.P.:
TELÉFONO:	E-MAIL:	FAX:

DATOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL CLUB

NOMBRE Y APELLIDOS MÉDICO TITULAR:	
E-MAIL:	
TELÉFONO:	Nº COLEGIADO:

NOMBRE Y APELLIDOS MÉDICO RESERVA:	
E-MAIL*:	
TELÉFONO:	Nº COLEGIADO:

ESTE IMPRESO DEBERÁN ENVIARLO CUMPLIMENTANDO TODOS LOS CAMPOS AL MENOS TRES (3) SEMANAS ANTES DEL INICIO DE LA COMPETICIÓN A LA COMISIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL DOPAJE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE BALONCESTO (murenad@feb.es o earnaldo@feb.es).