

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 DIA. <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 CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS TODOS LOS CAMPOS A LA COMISIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL DOPAJE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE BALONCESTO (earnaldo@feb.es CON COPIA murenad@feb.es) al menos 3 semanas antes del inicio de la competición oficial.

