

COMISIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE DOPAJE

FORMULARIO DE REGISTRO SERVICIOS MEDICOS CLUB

DATOS DEL CLUB

NOMBRE DEL CLUB: _____			
NOMBRE DEL EQUIPO: _____			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIRECTOR-A DEPORTIVO-A:			
COMPETICIÓN: ACB	LIGA ENDESA	LEB ORO	LEB PLATA
LIGA FEMENINA ENDESA		LIGA FEMENINA 2	
DIRECCIÓN:			
LOCALIDAD:		C.P.:	
TELÉFONO:		E-Mail:	

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 UNA VEZ 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 a murenad@feb.es)

SOCIOS PATROCINADORES



PATROCINADORES OFICIALES



PROVEEDORES OFICIALES

