


INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B.

Medisch Paspoort		Lid nr.	
Naam: _____		Voornaam: _____	
Adres in Spanje (Calle – Carrer – Avenida – Partida): _____			
Edificio – Urban – Camping + plaats: _____			
Postnummer: _____		Gemeente: _____	
Huisarts in Spanje - Medico a España _____			
Naam van de arts: _____			
Telefoon nr. 0034- _____			
Gsm nr. 0034- _____			
Verwittigen in het land van herkomst – Naam en telefoon nr. van zoon / dochter / familie / vrienden			

Neemt U bloedverduunners? Ja <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> (kruis aan wat past a.u.b.)			
Welke bloedgroep heeft U? A-, A+, B-, B+, AB-, AB+, 0-, 0+ (doorstreep wat NIET past a.u.b.)			

Naam van de huisarts in het land van herkomst			
Naam van de arts: _____			
Telefoon nr. B=(0032) - NL=(0031) _____			
Gsm nr. B=(0032) - NL=(0031) _____			
Allergisch aan:			
-			
-			
-			
-			
-			
-			
Ziekenfondsen en Verzekeringen			
Naam ziekenfonds: _____			
Klantnr. _____			
Polisnr. _____			
Telefoonnr. _____			
Gsm nr. _____			
Naam verzekeringen: _____			
Klantnr. _____			
Polis nr. _____			
Telefoonnr. _____			
Gsm nr. _____			
Kopie van de fotozijde van uw identiteitskaart bijvoegen a.u.b.			

Dit, ingevuld, formulier kan U ook terugsturen aan: secretaris@vbbenidorm.be