

**GYÓGYSZERKÖLTSÉG-IGAZOLÁS**

1. Beteg neve: .....

2. Lakóhelye: .....

3. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

4. A beteg gyógyszerköltésének igazolása

	A	B	C	D	E	F
4.1.	Gyógyszer neve	Scat.orig.	Jogcím			Térítési díj (Ft) gytár. tölti ki
4.2.			általános	Eü.tér.köt.	Eü. rend.	
4.3.						
4.4.						
4.5.						
4.6.						
4.7.						
4.8.						
4.9.						
4.10.						
4.11.						
4.12.						
4.13.						
4.14.						
4.15.						
4.16.						
4.17.						

Összesen: .....

5. Az igazolást nevezett kérelmére rendkívüli települési támogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.

6. Igazolom, hogy a fenti gyógyszer mennyiség a kérelmező egyhavi gyógyszer szükséglete.

Tiszaújváros, .....

Tiszaújváros,.....

.....  
orvos aláírása

.....  
gyógyszerész