

IGAZOLÁS GYÓGYSZERTÁMOGATÁSHOZ

(A háziorvos vagy szakorvos állítja ki!)

Igazolom, hogy (név) szül. hely:

szül. idő: anyja neve:

TAJ száma: 3934 Tolcsva szám alatti lakos

az alábbi gyógyszereket szedi:

(Kérjük szíveskedjen megjelölni a gyógyszer megnevezését/a gyógyszer árát.)

A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerész igazolja.

Gyógyszer (gyógyszer megnevezése) (háziorvos, szakorvos tölti ki)	Gyógyszer ára (Ft) (gyógyszerész tölti ki)

Tolcsva,év..... hó nap

.....

orvos

ph

.....

gyógyszerész

ph