1. melléklet a 7/2019. (XI. 05.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS
A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL
(Háziorvos tölti ki)
(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:
Neve: ……..
Születési neve: ……
Anyja neve: ……
Születési helye, ideje (év, hó, nap): ……
Lakóhely: ……
Tartózkodási hely: ……..
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ……
Közgyógyellátásban részesülök: igen nem **(a megfelelő rész aláhúzandó)**

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve:	**A Biztosított által fizetendő térítési díj (Ft):**
	Összesen:

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

.....

P. H.

Háziorvos aláírása, pecsétszáma